

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N° 184

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Eliane SUERINCK

Née le 31 août 1934, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 11 mars 1963

PSYCHOSES

DÉLIRANTES ET HALLUCINATOIRES AIGUES

ET SCHIZOPHRÉNIE

Rapport de ces deux entités

Essai de leur interprétation sur des bases psycho-biologiques

Président : M. MICHAUX, Professeur

I M P R I M E R I E

R. FOULON & C^{ie}

29, RUE DEPARCIEUX, 29

PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : SUERINCK

Prénom : ELIANE

Date de soutenance : 11 mars 1963

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

SUERINCK (ELIANE) — Psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës et schyzophrénie. Rapport de ces deux entités. Essai de leur interprétation sur des bases psycho-biologiques. Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 112 p., 6 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

SUERINCK (ELIANE) — Psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës et schyzophrénie. Rapport de ces deux entités. Essai de leur interprétation sur des bases psycho-biologiques. Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 112 p., 6 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

SUERINCK (ELIANE) — Psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës et schyzophrénie. Rapport de ces deux entités. Essai de leur interprétation sur des bases psycho-biologiques. Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 112 p., 6 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

SUERINCK (ELIANE) — Psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës et schyzophrénie. Rapport de ces deux entités. Essai de leur interprétation sur des bases psycho-biologiques. Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 112 p., 6 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Eliane SUERINCK

Née le 31 août 1934, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 11 mars 1963

PSYCHOSES

DÉLIRANTES ET HALLUCINATOIRES AIGUES

ET SCHIZOPHRÉNIE

Rapport de ces deux entités

Essai de leur interprétation sur des bases psycho-biologiques

Président : M. MICHAUX, Professeur



I M P R I M E R I E

R. FOULON & C^{ie}

29, RUE DEPARCIEUX, 29

PARIS — 1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Jean VERNE — 2^e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FALIVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.)	
— <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.)	
— <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) . .	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) . .	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) .	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) .	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Broussais</i> : SOULIÉ (P.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.) ;	
BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> :	
DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) .	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . .	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) . . .	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) . . .	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) . .	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
--------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.).

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); BUSSET (F.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.); CHRISTOL (D.);
LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JÉROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.);
MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.*;
MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mlle CORRE-HURST (L.);
M. SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.); DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. DEROBERT (L.), *pr. s. ch.*;
FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.);
LE LORIER (G.); LÉVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.);
SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.);
SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.);
CAUCHOIX (J.); CERBONNET (G.);
CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.);
DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.);
GAUDART D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LÉVÊQUE (B.);
LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.);
ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOIVIN (P.); CROSNIER (J.);
HARTMANN (L.); LÉPER (J.); MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); EOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.);
BRISSEAU (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.);
COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURRY (C.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.);
FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.);
LESOBRE (R.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.);
TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. JOSEPH (R.); LAFOURCADE (J.);
LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.);
DURAND (J.); GIRARD, *m. conf.*;
HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.), *m. conf.*, *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-ptisiologie :
 MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
 RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
 MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.);
 FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
 M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.),
m. conf. agr.; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
 MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.);
 MARCHE (J.).

Urologie :
 MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
 QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
 MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.),
pr. s. ch.; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
 MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
 THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
 MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
 MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
 M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
 M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Que ce travail soit pour eux le couronnement de tant d'années de sacrifices.

Qu'ils y trouvent l'expression de ma reconnaissance et de ma très profonde affection.

A MON MARI ET A MES ENFANTS

A MA FAMILLE

En témoignage de mon affection.

A MES AMIS

A MES COLLÈGUES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON MICHAUX

Professeur de Clinique de Neuro-Psychiatrie Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de la Salpêtrière

Ancien Médecin-Chef de l'Infirmérie Psychiatrique
près la Préfecture de Police

Officier de la Légion d'Honneur

*Il nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

*Qu'il trouve ici la marque de notre reconnaissance
et de notre profond respect.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI EY

Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval
Ancien Chef de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Dont nous avons l'honneur d'être l'Interne.

Il a bien voulu nous inspirer ce travail et confier à notre observation quelques cas parmi les plus intéressants de son Service.

Qu'il soit assuré de notre gratitude, de notre profond respect et de notre dévouement.

INTERNAT DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE ROUEN

MONSIEUR LE DOCTEUR BROCHERIOU

En témoignage de ma sincère reconnaissance.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE (Interne provisoire)

MONSIEUR LE DOCTEUR TEULIE

In memoriam.

A MES MAÎTRES
DES HOPITAUX DE TOURS

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. FROMENTY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. SIZARET

Ils furent mes premiers Maîtres en Psychiatrie. Ils ont su m'apprendre et me faire aimer cette discipline.

Qu'ils trouvent là l'expression de ma reconnaissance et de mon respectueux souvenir.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. BÉNARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. PÉQUIGNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CATHALA

MONSIEUR LE DOCTEUR FACQUET

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. MEYER

INTRODUCTION

« L'activité nerveuse est une vraie sociologie neuronique d'où émerge l'individu supérieur. »

Docteur P. CHAUCHARD

Les *psychoses délirantes aiguës* représentent dans la pathologie mentale un ensemble d'états morbides, fréquemment observés, plus ou moins délirants, où « l'exaltation, l'angoisse, l'agitation, le désordre des actes et les troubles de la conscience prédominent ». Ces « *courtes folies* » se caractérisent non pas tant par leur évolution intermittente que par le problème de leur situation nosographique, le mystère de leur pathogénie et l'éventualité de leur *transformation en psychose chronique*. La multiplicité des questions d'ordre diagnostique nosographique, évolutif et pronostique que posent ces délires à éclipse, encore actuellement, les situe au centre de la psychiatrie contemporaine.

Nous définirons, comme notre Maître Henry Ey, les psychoses délirantes aiguës en disant qu'il s'agit « *des divers niveaux de destruction de la conscience* », la conscience pouvant se définir par « l'organisation du présent vécu, en champ temporo-spatial de l'expérience sensible des relations du sujet avec son monde ».

Nous limiterons plus spécialement notre rapport à l'étude d'une « espèce » bien définie de psychose délirante aiguë : « *les bouffées délirantes et hallucinatoires aiguës* » dans les liens qu'elles présentent avec la schizophrénie.

Une question essentielle nous préoccupe : peut-on réduire ces « bouffées délirantes aiguës » aux crises maniaco-dépressives ou aux psychoses confuso-oniriques comitiales, toxiques ou infectieuses ?

Comme la plupart des auteurs qui se sont penchés sur ce problème et à la suite de H. Ey, nous répondrons par la négative : l'expérience clinique quotidienne prouve que ces états délirants et hallucinatoires aigus ont une existence propre entre psychoses

maniaco-dépressives et confuso-oniriques d'une part, et psychoses chroniques, notamment schizophréniques d'autre part. Cependant, malgré cette autonomie admise aujourd'hui par la plupart des auteurs, l'observation clinique prouve que si certaines de ces bouffées ne sont qu'un événement transitoire, sans conséquence, d'autres ont de tristes lendemains, soit qu'elles récidivent avec une fréquence variable, soit qu'elles mènent plus ou moins directement à l'aliénation schizophrénique de la personne, conduisant ainsi non plus à la *pathologie de la conscience*, mais à la *pathologie de la personnalité* (H. Ey).

A cette altération, ce bouleversement permanent de la personne par dissociation continue, s'opposent, surtout sur les plans évolutif et séméiologique, les « crises » schizophréniformes, *schizophrénies intermittentes* d'évolution favorable, vécues comme des « événements » schizophréniques : « expériences délirantes primaires » de JASPERS. Ces deux aspects morbides, bouffée délirante aiguë et bouffée délirante aiguë dite « atypique », sont inclus dans le terme de « *schizophrénies aiguës* » pour les Anglo-Saxons.

Nous étudierons surtout les psychoses délirantes aiguës que les cliniciens ont qualifiées d'« atypiques », de « polymorphes », voire de schizophréniformes, dans les rapports complexes qu'elles présentent avec la schizophrénie.

Quelques problèmes se posent :

1^o Existe-t-il des *critères cliniques* absolus permettant de poser avec certitude le diagnostic (le plus difficile de toute la psychiatrie) de psychose délirante aiguë, ou faut-il attendre et juger selon l'évolution ?

2^o A quel moment s'effectue le *passage* de la psychose aiguë à la psychose chronique ? Quel est le processus déterminant de cette transition entre troubles de la conscience et troubles de la personnalité ?

3^o Faut-il que nous limitions notre étude à la seule description séméiologique et nosographique des phénomènes, pour essayer d'appréhender et d'interpréter la pathogénèse et la psychopathologie de ces deux entités, ou bien pouvons-nous pousser plus loin nos investigations, particulièrement dans le domaine *biologique*, à la recherche d'une meilleure compréhension des phénomènes ?

* * *

— Nous ferons tout d'abord un *résumé historique* de l'évolution de la notion de psychose délirante aiguë vue à travers le concept de schizophrénie.

— Puis nous présenterons nos *observations cliniques* choisies parmi les plus litigieuses, sur le plan des rapports entre les deux entités que nous avons en vue, et nous les présenterons sous l'angle de leurs modalités évolutives, et des problèmes thérapeutiques qu'elles posent.

— Enfin, nous considérerons les *méthodes thérapeutiques* en psychiatrie sous l'angle de leurs *modalités* et de leur *niveau d'action*, ce qui pourrait peut-être nous permettre de répondre à quelques-unes des questions posées au début de ce préambule, tout en ouvrant, du moins nous l'espérons, de nouvelles perspectives dans la connaissance pathogénique des maladies mentales.

HISTORIQUE DES CONCEPTIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES DES ANNÉES 1890 A 1930

P L A N

I. — Isolement nosographique des bouffées délirantes polymorphes avec MAGNAN et notion de *dégénérescence*.

II. — Leur éclipse provisoire coïncidant avec la *négation* de leur existence clinique dans les cadres nosographiques de KRAEPELIN réduits à deux pôles : psychose maniaco-dépressive et démence précoce.

III. — Leur réapparition en Allemagne d'abord : « Psychoses marginales » de KLEIST et notion d'*atypicité* et d'étiologie organique (mécanicisme); puis en France : G. DE CLÉRAMBAULT, et plus tard JASPERS, puis MAYER GROSS (Traité de BUMKE, chapitre des Troubles de la conscience). Ces auteurs tendent vers une explication également mécaniciste. Enfin, apparition de la notion de « réaction », psychose réactionnelle à un événement, à une situation agressante et pathogène.

« Un historique n'a d'intérêt et de sens que s'il dégage du développement des idées un enseignement sur la nature même des choses. »

H. EY

Le cheminement historique du concept de schizophrénie a été tant de fois parcouru par de nombreux auteurs, et la notion historique de psychose délirante aiguë a été étudiée de façon si parfaite, notamment par H. Ey (étude n° 23), qu'il ne peut être dans notre intention de les exposer ici, une fois de plus.

Nous désirons seulement porter notre intérêt sur l'évolution historique de la notion de « psychose aiguë » à l'égard des psychoses chroniques et, notamment, de la psychose schizophrénique.

I. — L'ÉCOLE FRANÇAISE

MAGNAN — LA FIN DU XIX^e SIECLE

Ce fut vers la fin du XIX^e seulement que l'on commença à discerner, à travers un chaos de symptômes de délires et d'hallucinations, que l'on ne pouvait rattacher ni aux folies maniaco-dépressives, ni aux états de délires confuso-oniriques, ces états appelés alors « folies transitoires ou aiguës » ou encore « délires épisodiques ». Cette découverte fut alors à l'origine d'un courant d'idées similaires en Allemagne.

La notion de « paranoïa aiguë », décrite par WESTPHALL en 1878, était combattue par l'Ecole allemande.

Pour réduire l'opposition à ce concept de manifestations aiguës d'une altération délirante chronique par excellence, KRAFT EBING, un peu plus tard, proposa de distinguer en face de la paranoïa chronique « une confusion hallucinatoire aiguë », ces deux formes ne versant jamais l'une dans l'autre.

C'est à MAGNAN et à l'Ecole psychiatrique française que nous devons la notion de « bouffées délirantes polymorphes » en tant que groupe morbide possédant une certaine autonomie clinique, évolutive et étiologique.

Rappelons-le, pour MAGNAN (1886), face au délire chronique d'évolution progressive et continue, se situent les « bouffées délirantes des dégénérés ».

Ce sont des « affections », ou mieux (H. Ey), « des formes univoques de déstructuration de l'activité de la conscience » dont le début est brutal, inopiné, « sans préface au délire », véritable flambée d'idées délirantes polymorphes, sans hallucinations... (disait MAGNAN).

Ces « crises » survenaient chez des sujets « dégénérés », déséquilibrés, donc prédisposés, à la faveur de la moindre agression. L'évolution se faisait vers la guérison complète. Le pronostic était favorable, au moins dans l'immédiat : « délires sans conséquence, sinon sans lendemain », étant donné la fréquence des récides.

A côté du « délire d'emblée », on distinguait :

- les séries de bouffées délirantes, responsables du polymorphisme des thèmes délirants et de leur extrême variabilité dans le temps ;
- les bouffées délirantes *intermittentes*, entrecoupées de phases d'accalmie, sans séquelles entre « les effervescences » et caractérisées par le polymorphisme des thèmes lors du délire ;
- les bouffées délirantes survenant au cours de l'évolution d'un délire chronique, ayant alors la valeur d'accidents fugaces sans signification pronostique et sans influence sur le cours du délire.

Ces études de MAGNAN sur les délires épisodiques ne vont être ni approfondies ni développées (sauf peut-être dans la thèse de LEGRAIN), ni critiquées ultérieurement, du moins en France.

Cette notion de « bouffées délirantes polymorphes » tombe un peu dans l'oubli.

D'une part, de l'autre côté du Rhin, KRAEPELIN publie ses premières études sur la *Dementia Praecox* (1889). D'autre part, l'Ecole allemande n'a pas pris connaissance des œuvres de MAGNAN, qui ne sont pas encore traduites.

II. — DISPARITION D'UNE DISTINCTION NOSOGRAPHIQUE DES PSYCHOSES DÉLIRANTES AIGUES

1) KRAEPELIN

Dès 1883, KRAEPELIN chercha à fondre en une synthèse personnelle les données de MOREL sur les « démences stupides » (1851) et les hébéphréno-catatonies décrites comme unités morbides par KALHBAUM et HECKER.

Il devait en ressortir le nouveau groupement nosographique des « *dementia praecox* » qui ne devint le groupe des démences précoces qu'en 1893.

La sixième édition de KRAEPELIN, en 1899, faisait de la démence précoce une affection autonome basée sur un critère évolutif d'affaiblissement démentiel et comportant trois grandes formes : l'hébéphrénie, la catatonie, la démence paranoïde.

Mais après BLEULER, KRAEPELIN définissait son entité comme un ensemble d'états caractérisés essentiellement par la désagrégation psychique avec troubles prépondérants de l'affectivité.

La doctrine de KRAEPELIN était dualiste : deux groupes nosographiques se partageaient la pathologie mentale : d'une part, les psychoses maniaco-dépressives ; d'autre part, les démences précoces. Les psychoses délirantes aiguës n'ayant que de lointaines ressemblances avec les symptômes maniaco-dépressifs et ne possédant pas, par ailleurs, la fatalité démentielle des démences précoces, ne trouvaient pas de place dans cette classification bipolaire rigide.

KRAEPELIN, le premier, s'était insurgé contre ce « concept bâtard » de paranoïa aiguë et, pour lui, tout au moins jusqu'à la parution de la huitième édition de son traité de psychiatrie, ces délires aigus curables, d'étiologie toujours toxique ou infectieuse, pouvaient s'assimiler soit à la psychose maniaco-dépressive, soit plutôt à la confusion mentale.

2) BLEULER

Avec E. BLEULER (1911), le critère de « démence » s'efface pour laisser place à celui de « dissociation ». Le seul critère évolutif est nié et remplacé par le critère séméiologique et structural.

Le terme de *schizophrénie* apparaît et, bien qu'utilisé au singulier, il va finir par englober des états qui se caractérisent essentiellement par la dislocation de la vie psychique et la désagrégation de la pensée qui s'expriment par une *discordance* fondamentale avec *troubles de l'affectivité*.

Le courant psychanalytique à l'origine de la notion d'« introversion » devait, avec FREUD et YOUNG, se montrer en accord avec ces idées nouvelles.

3) APRES BLEULER

Après les tendances nosographiques de KRAEPELIN et du début du XX^e siècle en général, la notion de bouffées aiguës va reparaître. Cette

résurgence semble due à la fréquence avec laquelle on rencontre ces états aigus, souvent curables, dans l'expérience clinique quotidienne.

Elle correspond aux multiples nomenclatures ainsi qu'aux minutieuses analyses descriptives de ces états, qui s'accumulent durant les vingt premières années du siècle et dont nous rappellerons les illustres auteurs.

III. — EN FRANCE

CHASLIN (1895) englobe dans la description de sa confusion mentale hallucinatoire et délirante, les bouffées délirantes de MAGNAN, tandis que SEGLAS les distingue sous le nom de *paranoïa aiguë*.

Après une courte éclipse due aux études sur les délires chroniques, ces bouffées aiguës réapparaissent vers 1910, avec les rapports de TRENEL sur la *paranoïa aiguë*, de THOMSEN en Allemagne, et d'HALBERSTADT en 1922 (*psychose délirante dégénérative aiguë*).

TARGOWLA, le premier (1926), cherche à définir des critères cliniques permettant d'établir un diagnostic précis, et surtout un pronostic favorable d'emblée.

Citons encore la « *psychose interprétative aiguë* » de VALENCE, élève de SÉRIEUX, et les remarquables descriptions des états aigus du syndrome d'automatisme mental de DE CLÉRAMBAULT.

IV. — EN ALLEMAGNE

Face aux tendances nosographiques de KRAEPELIN et, à la même époque, les notions de délire aigu et de dégénérescence recueillent bien des suffrages, après la traduction allemande des œuvres de MAGNAN.

Citons, en 1904, la « *psychose des dégénérés* » de BIRNBAUM, survenant plutôt sur un terrain hystérique, et le « *délire dégénératif aigu* » de BONHOEFFER (1907).

KLEIST étudie ses « *psychoses dégénératives atypiques* », qu'il nomme ensuite « *psychoses marginales* » ; ces psychoses d'allure aiguë, tout en s'apparentant aux états maniaco-dépressifs, à la *paranoïa* et à l'épilepsie, en demeurent toutefois suffisamment distinctes pour qu'on puisse leur conférer une certaine autonomie, en utilisant notamment les termes de *psychoses cycloïdes*, *paranoïdes*, *épiléptoïdes* (ou

états crépusculaires épisodiques), ou encore états crépusculaires oniroïdes (MAYER GROSS, 1924).

Avec KLEIST, la notion classique de dégénérescence cède le pas à celle d'*atypicité*, mais les notions de curabilité et d'étiologie organique demeurent.

Des tendances philosophiques de HUSSERL. a découlé, avec JASPERS, l'introduction de la *Phénoménologie* dans la psychiatrie, « étude purement descriptive des faits vécus de pensée et de connaissance ».

JASPERS devait introduire en outre, en 1928, dans son traité de psychopathologie générale, les notions « d'expériences délirantes primaires », de « conscience délirante et hallucinatoire aiguë » et, surtout, de troubles de la conscience.

De l'« Analytique existentielle » de HEIDEGGER qui définissait l'homme par ses modes d'existence et ses manières d'être (existenciaux constitutifs de l'être-dans-le-monde), devait naître avec L. BINSWANGER l'*analyse existentielle* qui étudiait chez le malade mental, non plus ses symptômes positifs ou négatifs, mais son projet individuel du monde et ses modes de spatialisation et de temporalisation.

Pour beaucoup d'adeptes de ces courants phénoménologique et existentiel, l'étude des troubles de la conscience conduit à la pathologie du rêve.

C'est également durant les vingt premières années du siècle que l'on commence à se poser le problème de la *psychogénèse* du déclenchement de ces psychoses délirantes aiguës :

— S'agit-il d'une *constitution* spéciale ? Certes la constitution intervient, mais elle n'est pas le seul élément à considérer (KAHN, 1923).

— S'agit-il d'une *réaction* du sujet à une situation pathogène ? L'Ecole anglo-saxonne confirme cette notion d'action pathogène du milieu (Adolf MEYER, OSBORNE, 1940).

— En France, règne le même courant d'idées. Rappelons les travaux de P. JANET sur les délires hystériques et les crises délirantes aiguës des psychasthéniques ; ceux de CAPGRAS (1930), de CLAUDE et de ses élèves concernant le « syndrome d'action extérieure ». Citons encore la thèse de P. PETIT (1937) sur « Les délires de persécution curables », et celles de LACAN (1932) qui, dans une perspective psychanalytique, introduit la notion de « moments féconds » dans la psychose.

— Ces dernières années, une grande partie de l'Ecole psychiatrique française a suivi les conceptions organo-dynamistes de H. EY.

Henri EY s'est inspiré, en les remaniant, des principes de niveaux hiérarchisés de HUGHLINGS JACKSON pour fonder une conception organogénidynamiste des maladies mentales.

« Les maladies mentales sont constituées par la désorganisation de l'être psychique à des niveaux divers, cette désorganisation étant conditionnée par des facteurs organiques. » (H. Ey.)

Désorganisation de l'être psychique, certes, mais encore faut-il ajouter à cela la réorganisation de cet être psychique à un niveau inférieur pour que la notion de dynamisme ait un sens.

Chaque niveau possède d'une part un fonctionnement global qui constitue une des manières d'être de la personnalité humaine, les niveaux supérieurs assurant notamment l'équilibre thymique ; d'autre part, des fonctions partielles (langage, gnosies), instruments à l'usage de la fonction psychique d'ensemble.

Cette conception organogénique dynamiste des troubles évolutifs de l'organisation structurale de la vie psychique s'exprime de la façon suivante :

— L'organisation psychique constitue « un édifice dynamique et hiérarchisé résultant de l'évolution, de la maturation et de l'intégration des structures stratifiées des fonctions nerveuses, de la conscience et de la personne ».

— La maladie mentale résulte d'un défaut de développement de cet édifice structural par dissolution, déstructuration ou anomalie.

— Un trouble organique est cause de cet accident évolutif ; son action destructive s'exprime par des troubles déficitaires, des symptômes *négatifs* de suppression de fonctions.

— La régression à tel ou tel niveau se révèle cliniquement par des symptômes apparents dits *positifs* (ou réactionnels) de libération de niveaux sains.

Cette conception est organiciste car elle envisage les névroses et les psychoses comme un reflet de perturbations organiques variées. Elle est dynamiste car elle envisage la maladie mentale comme un mouvement évolutif, un développement, un remaniement, une « réaction ».

Ces données doctrinales conduisent à diviser la pathologie mentale en deux et à distinguer :

— d'une part, la *pathologie de la conscience* qui nous permet d'appréhender, du fait des différents niveaux de la dissolution, la stratification structurale de la conscience selon une coupe transversale de la vie psychique ;

— d'autre part, la *pathologie de la personnalité*, selon une coupe longitudinale de la vie psychique qui parcourt la trajectoire de l'histoire de l'individu. La personne étant une organisation permanente, une construction qui s'élabore.

Dans la pathologie de la personnalité, se trouvent incluses les névroses et les psychoses chroniques, dont la schizophrénie.

Dans la pathologie de la conscience, se dégagent les psychoses aiguës et notamment les psychoses délirantes aiguës.

En conclusion, l'organo-dynamisme, après avoir été étouffé par le mécanicisme, puis débordé par les théories psychogénétistes, a pu progresser à nouveau avec MOREAU (de Tours), JACKSON, JANET, BLEULER, et trouver son plus grand essor avec H. EY.

L'intérêt de cette conception réside, pour notre Maître, dans l'énigme des rapports qui unissent « la courte folie du rêve avec les formes plus ou moins profondes et durables des troubles mentaux ».

CONCEPTIONS ACTUELLES

Deux chapitres se partagent l'actualité à l'égard des psychoses délirantes aiguës.

Tout d'abord, celui de la *situation nosographique* de ces psychoses entourées d'une constellation d'états-frontières, qui complique le problème de leur délimitation.

Puis, celui de leur *sémiologie clinique* que nous emprunterons aux remarquables études phénoménologiques et structurales de notre Maître H. Ey.

SITUATION NOSOGRAPHIQUE DES PSYCHOSES DÉLIRANTES AIGUES PAR RAPPORT A UNE ENTITÉ CLINIQUE VOISINE : LA SCHIZOPHRÉNIE

PROBLEME DES SCHIZOPHRENIES AIGUES

Nous limiterons volontairement notre exposé au rapport entre les psychoses délirantes aiguës et la schizophrénie. Cependant, nous rappelons brièvement que la psychose délirante aiguë touche à de nombreuses autres entités, à savoir :

- LES DÉLIRES CONFUSO-ONIRIQUES, que H. Ey définit comme une déstructuration de la conscience, se situant à un niveau inférieur à celui des « psychoses oniroïdes ».
- L'ÉPILEPSIE, essentiellement les états psychotiques aigus ou sub-aigus épileptiques. Ces états ont été traités sous l'angle médico-légal par LEGRAND DU SAULLE et KRAFT EBING, et étudiés par de nombreux auteurs : DE CLÉRAMBAULT, RAECKE, CHRISTOFEL, MARCHAND, DE AJURIAGUERRA, J. PICARD... pour n'en citer que quelques-uns.

Ces états, pour H. EY, sont le type même de la déstructuration totale de la conscience et se manifestent par une « intrication de phénomènes d'étrangeté, d'onirisme, d'illusions, d'hallucinations, avec des ébauches d'organisations délirantes sur des thèmes souvent mystiques ». Un fait commun à ces psychoses aiguës ou subaiguës comitiales est la tendance à la répétition des accès confusionnels, identiques chez le même malade, « comme si chaque malade avait un niveau privilégié de déstructuration ».

- LES PSYCHOSES MANIACO-DÉPRESSIVES, définies par un niveau de déstructuration de la conscience supérieur à celui des psychoses délirantes aiguës (H. EY). Leur évolution (périodicité et *restitutio ad integrum* entre les crises) pourrait leur conférer une certaine analogie. En outre, le passage de l'une à l'autre n'est pas impossible. Nombreux, là encore, sont les travaux consacrés au rapport entre ces entités ; nous pouvons citer les noms de SEGLAS, ROUART, CHATAGNON et SOULAIRAC, BARRÈS et LABOUCARIE, LACASSIN...

- L'HYSTÉRIE, répondant pour JANET à un rétrécissement du champ de la conscience particulièrement manifeste dans les formes paroxysmiques.

- LA NÉVROSE OBSESSIONNELLE : la liaison entre obsession et délire se fait au sein d'une bouffée délirante où les phénomènes de dépersonnalisation dominant.

- LA SCHIZOPHRÉNIE : c'est là l'intérêt de notre étude, centrée par la question suivante : « *Les psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës ont-elles ou non, dans quelle proportion et dans quelles conditions, une évolution schizophrénique ?* »

Depuis longtemps, le rapport des psychoses délirantes aiguës et de la schizophrénie soulève des discussions passionnées sans qu'une conception unique ait pris jour pour autant. A ce sujet, deux écoles s'opposent :

CONCEPTION DES ECOLES ETRANGERES

Les Ecoles étrangères n'envisagent pas la possibilité pour une « bouffée délirante » de n'être pas schizophrénique. Après avoir été réduites tantôt à la confusion mentale, synonymes alors de psychoses exogènes toxiques ou infectieuses, tantôt à la psychose maniaco-dépressive, les psychoses délirantes aiguës ont fini par être incluses dans les psychoses schizophréniques.

Lorsque la notion de fatalité démentielle des démences précoces céda le pas à la dissociation autistique schizophrénique, le terme de schizophrénie prit une extension abusive. Il finit par englober des états divers, pour ne pas dire différents cliniquement, caractérisés par les éléments les plus variés de la symptomatologie schizophrénique : délire, hallucinations, dépersonnalisation, transformation corporelle, catatonie...

On commença alors à distinguer à l'intérieur du terme vague aux limites imprécises de « schizophrénie aiguë » les schizophrénies vraies d'une part, les pseudo ou fausses schizophrénies d'autre part. Ces conceptions sont encore en vigueur à l'étranger.

Une nomenclature variée sert alors à définir ces états aigus oniroïdes :

- Réaction schizophrénique (POPPER, 1921).
- Schizophrénie aiguë (BERINGER, MAYER GROSS, 1925).
- Schizophrénie fonctionnelle (SEREJSKI, 1935).
- Etats schizophréniformes (LANGFELDT, 1939).
- Schizophrénie réactionnelle (BERZE, BUMKE).
- Episode schizophrénique (SULLIVAN).
- Les états schizophréniques (KAHN).

Ce dernier auteur accepte les modes de réactions schizoformes exogènes — réactions schizophréniques — à côté des réactions schizoïdes ; et ces « réactions schizophréniques exogènes » peuvent se superposer aux « schizophrénies symptomatiques » (WYRSCH).

Certains auteurs étrangers méritent d'être cités plus longuement :

MAYER GROSS a tenté de décrire dans son ouvrage sur la forme oniroïde d'expérience vécue une « conscience oniroïde » et de la distinguer de celle de la confusion et de celle des états maniaco-dépresseurs. Il a reconnu l'existence de ces états aigus (atypiques) dont KLEIST devait dégager mieux encore la notion d'atypicité dans les « psychoses marginales ».

WYRSCH, dans l'étude des processus aigus de la schizophrénie (la personne du schizophrène), définit le début de ces processus comme un événement brutal « mais non inattendu », pas toujours spectaculaire et marqué par une « action en masse » des symptômes évolutifs.

Si, pour les psychoses aiguës, il y a simplement modification ou « perte de fonctions psychiques, isolées », dans les états schizophréniques aigus c'est « l'édification du psychisme qui est elle-même faussée ».

L'auteur rappelle, en la remaniant quelque peu, son étude (Monographie, 1937) portant sur 200 cas de « schizophrénies aiguës » où il distingue quatre tableaux purement « psychologiques », correspondant aux différentes attitudes prises par le malade face à la maladie qui « menace son existence ».

Ce vocable de « schizophrénie aiguë » désigne pour WYRSCH des psychoses aiguës qui n'entrent pas dans le cadre de la manico-dépressive et dont la symptomatologie délirante, hallucinatoire, catatonique disparaît de façon transitoire, voire définitive.

• PREMIER GROUPE. — Le début est insidieux, précédé de symptômes avant-coureurs (instabilité sociale).

Il y a une recherche d'objectivation de la maladie, source d'angoisse, de malaises et d'hypochondrie (conversion somatique). Le délire ne se systématisé pas. « Avec des barrages et des déraillements dus à l'afflux des pensées, le malade essaye de rétablir l'enchaînement du vécu. »

• DEUXIÈME GROUPE. — Les malades s'abandonnent sans réaction. Le début des troubles est brutal : véritable « événement cataclysmique » que les sujets vivent comme une fatalité et qui les fait entrer dans la maladie mentale, sans lutte.

• TROISIÈME GROUPE. — Les malades livrent un « combat critique pour la conservation de leur personne originelle ». Ils luttent contre la confusion et le délire en essayant d'établir à partir de ces troubles de la conscience, un « lien sensé avec leur biographie ». « L'unité menacée de la personne et du monde » peut se trouver reconstituée en quelques jours, cette rapide régression incitant au diagnostic erroné de « réaction schizophrénique ». WYRSCH souligne encore la valeur cathartique possible de ces états.

• QUATRIÈME GROUPE. — Il s'agit de malades « fêrus de système et d'ordre ». Le mécanisme de leur système délirant est à base interprétative. Le mal vient de l'extérieur, d'une « puissance étrangère ». Les malades adhèrent d'emblée à l'élément nouveau qu'apporte la maladie.

Comme l'a montré H. EY, en analysant les premiers travaux de WYRSCH, seuls les deuxième et troisième groupes répondent à notre terminologie de « psychoses hallucinatoires aiguës », les groupes I et IV représentant plutôt les formes de début ou les poussées évolutives d'une schizophrénie en voie de constitution.

WYRSCH, lui-même, ne crée-t-il pas une contradiction en disant que les processus schizophréniques « ébranlent la personne mais ne la transforment pas », alors qu'il définit la schizophrénie par des critères structuraux et évolutifs dont l'aboutissant est une transformation de la personne, une création d'un mode nouveau par « la poussée de l'inconscient et l'ébranlement de l'existence » ?

Puisque seuls, certains de ces états hallucinatoires aigus ont une évolution chronique qui les mène à la schizophrénie, pourquoi les appeler tous « schizophrénies aiguës » ?

Ceci montre l'intense difficulté que ressentent tous ces auteurs à établir une définition clinique et une place nosographique à ces psychoses délirantes aiguës qui, en fin de compte, ne sont ni des psychoses maniaco-dépressives ni des schizophrénies.

Nous conclurons ainsi cette discussion :

« Si, comme nous le pensons, il y a des psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës qui marquent souvent et même très souvent, l'organisation schizophrénique de la personnalité, toutes les psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës ne sauraient être appelées " schizophrénies aiguës " que par un abus de langage qui nuit à la clarté du diagnostic et infirme le pronostic ». (H. EY)

De ces travaux étrangers nous rapprocherons les études de Klaus CONRAD (1958) sur les débuts de la schizophrénie vue à travers un essai d'analyse gestaltiste des délires. L'auteur rapporte sur 58 des cas étudiés un essai d'appréhension du développement de l'expérience schizophrénique initiale.

Il en distingue différents aspects :

— Ce qu'il appelle « *Tréma* » pourrait être le prélude à une baisse de l'état de conscience : avec les absurdités (actes insensés), l'état initial de dépression, les phases réactionnelles, la méfiance, la disposition délirante ...

— L'*apophanie* ou irruption du délire primaire au sens de GRUHLE, dans laquelle entrent la perception délirante, le règne de l'omnipotentialité, l'étude de la structure temporelle, les modifications de la pensée intérieure (inspiration, diffluence, hallucinations), les sensations corporelles ...

— La phase *apocalyptique* où il expose le début des psychoses catatoniques, ses déductions sur le caractère de l'existence apocalyptique intacte ou fragmentaire.

— Enfin, la consolidation et l'état séquellaire.

L'auteur étudie en détail la constitution du monde autistique, à partir des expériences délirantes initiales qui peuvent être plus ou moins écartées ou intégrées dans le système de la personnalité. Cependant, ces cas semblent ne pas encore pouvoir se grouper sous le terme de schizophrénie dans la mesure où pour CONRAD, la schizophrénie nécessite un *trouble lésionnel ou fonctionnel cérébral*.

L'Ecole scandinave avec G. LANGFELDT cherche à fixer un pronostic dans la schizophrénie (1956). Cet auteur tient compte, à côté de l'observation des facteurs pathogéniques (mal connus) pendant la maladie, de deux sortes de facteurs :

1) *Facteurs favorables* :

- Personnalité pré-psychotique bien développée.
- Facteurs déclenchants retrouvés.
- Brutalité du début.
- Symptomatologie manico-dépressive avec obnubilation.
- Vie émotive peu perturbée.
- Bon milieu, entourage compréhensif.

2) *Facteurs défavorables* :

- Personnalité peu développée sur les plans affectif et intellectuel.
- Pas de facteurs déclenchants nets.
- Symptomatologie kraepelinienne alliée à la discordance affective de BLEULER.
- Milieu pathogène.

Selon la prédominance de tel ou tel facteur, il semble se dégager de la notion de schizophrénie *deux tableaux* principaux :

- *Tableau de psychose pseudo-schizophrénique* caractérisée par la dominance des facteurs favorables, la facile réductibilité thérapeutique et la tendance à la rémission.
- *Tableau de démence précoce kraepelinienne*, où dominent les facteurs défavorables et la moindre, voire l'absence de réductibilité thérapeutique.

Le pronostic apparaît donc fonction de ces facteurs.

LANGFELDT met en évidence la nécessité de bien définir les divers types de schizophrénie afin d'adapter au plus vite la thérapeutique aux cas susceptibles d'en bénéficier.

Cette même école, avec R. HOLMHØE et C. ASTRUP (1957), pense que seules les psychoses, caractérisées par des symptômes particuliers et exclusifs, absents dans les autres psychoses, ainsi que par une évolution défavorable, malgré la thérapeutique, doivent bénéficier du vocable de schizophrénie.

A côté des tableaux principaux isolés par LANGFELDT, ces auteurs ont encore distingué :

- Les psychoses réactionnelles ou constitutionnelles, « avec symptômes processuels schizophréniques » de nature *exogène*, dont le pronostic n'est guère meilleur que celui des schizophrénies aiguës.
- Les psychoses réactionnelles « non processuelles » considérées en fait comme des réactions psychologiques survenant sur un terrain plus ou moins psychopatique. Leur passage à la schizophrénie, quoique rare, est possible.

En fait, ils opposent donc, la schizophrénie à symptomatologie typique (délire paranoïde, catatonie, hébéphrénie, troubles du cours de la pensée, automatisme mental) de mauvais pronostic, aux « psychoses schizophréniformes » de pronostic meilleur.

Dans leur étude portant sur 255 cas de sujets étiquetés schizophrènes ou atteints de psychose réactionnelle avec signes de la série schizophrénique, HOLMHØE et ASTRUP confirment la valeur pronostique des facteurs cités plus haut.

Quant à RUMKE (1958), dans sa « différenciation clinique à l'intérieur du groupe des schizophrénies » il place à côté de la schizophrénie vraie les « pseudo-schizophrénies ». A l'intérieur de ce dernier groupe il distingue encore :

- Les pseudo-schizophrénies *endogènes* qui seraient des formes atypiques de la maniaco-dépressive : formes oniroïdes de MAYER GROSS qui n'ont pas le « *coloris schizophrénique* ».
- Les pseudo-schizophrénies toxiques et *exogènes* (ou type schizoforme de KAHN).
- Les pseudo-schizophrénies d'origine *caractérielle*.
- Les pseudo-schizophrénies d'*évolution* (pseudo-schizophrénies type SECHEHAYE), que l'auteur rapproche de nos « délires épisodiques des dégénérés ».
- Les pseudo-schizophrénies de *nature organique* et cérébrale (post-encéphalitiques notamment).

Il souligne l'importance pratique qu'il y a à ne pas poser dans tous les cas le diagnostic de schizophrénie.

EN CONCLUSION

Il semble indéniable que les auteurs étrangers actuels, quoique fidèles encore à leur notion de « schizophrénies aiguës », sentent que le problème essentiel est représenté par celui de la distinction de ces états aigus, de la psychose schizophrénique avec son risque de détérioration secondaire.

Les écoles étrangères s'attachent plus au *critère évolutif* qui ne permet en fait qu'un diagnostic rétrospectif, qu'aux facteurs pronostiques qui établissent un avenir probable mais non absolument certain.

Pour apposer l'étiquette de schizophrénie vraie, les uns (RUMKE) se fient au « sentiment praecox », ou plutôt à « l'expérience praecox » que leur confère une longue expérience pratique : d'autres cherchent à isoler le « noyau » schizophrénique, d'autres encore attendent et observent ... Tous, cependant, se cantonnent dans la notion bien vague d'un concept, qui finalement englobe sous une multitude de terminologies, des états aigus qui ne sont ni pour eux-mêmes, ni pour nous, de véritables schizophrénies.

Le « noyau » schizophrénique n'est pas un critère *absolu* de psychose chronique schizophrénique et le problème de savoir pourquoi les expériences schizophréniques transitoires peuvent annoncer la détérioration schizophrénique, n'est *pas résolu*.

CONCEPTIONS DE L'ECOLE FRANÇAISE

Pour l'Ecole française classique, il n'y a pas possibilité de passage entre la bouffée délirante et la schizophrénie.

Avec H. EY notamment, les auteurs français distinguent les psychoses délirantes aiguës, des formes à début aigu ou à évolution périodique, intermittente ou rémittente de la schizophrénie.

Comme nous l'avons vu brièvement dans notre préambule, le concept actuel de schizophrénie tel qu'il a été défini par H. EY, dans son rapport de Zurich de 1957 concilie la chronicité (terme qui remplace la démence au sens de KRAEPELIN) et la dissociation de la personne (au sens de BLEULER). La schizophrénie peut donc se définir comme un trouble permanent de l'organisation de la personne, comme « une forme de délire chronique qui aboutit progressivement à un déficit autistique, à une sorte de régression lente de la vie psychique qui s'enfouit au fond d'elle-même au lieu de s'épanouir dans l'univers extérieur et le monde de coexistence ».

Cette définition de la schizophrénie n'admet pas l'existence de ces formes cycliques, intermittentes voire curables ; elle n'admet

pas non plus la notion de « crise » même si la symptomatologie de ces bouffées est réellement schizophrénique.

La schizophrénie est un mouvement continu, un remaniement, un dynamisme » et même si on lui admet des phases processuelles, ces phases sont différentes des véritables accès délirants aigus.

En 1955, H. EY niait l'existence de critères spécifiques permettant de distinguer les deux entités, mais dès 1957 il admet formellement leur distinction et définit des critères précis que nous exposerons en détail plus loin. En outre, il fait du degré de l'évolution schizophrénique, une préoccupation quotidienne pour le psychiatre :

« Une psychose aiguë qui *traîne*, un épisode dépressif *atypique*, une névrose qui se *dissocie*, une *crise d'originalité juvénile* grave ou prolongée, des troubles caractériels *bizarres*, et bien d'autres encore, soulèvent ce problème diagnostique ».

Quels sont les *traits essentiels* qui distinguent les psychoses aiguës des psychoses schizophréniques ?

Les poussées schizophréniques sont « préméditées », les accès aigus n'ont pas de prélude, et sont, le plus souvent, de cause organique car leur reproduction est possible à partir de la mescaline et du L.S.D. 25.

Le délire « accident » des crises aiguës diffère du délire « événement » des poussées schizophréniques. Enfin, les états délirants aigus « engagent peu la personne et l'existence du sujet ».

Si, pour LANGFELDT, il est possible de faire un diagnostic différentiel précis entre schizophrénies typiques et psychoses schizophréniformes au point de permettre presque avec exactitude la formulation d'un pronostic immédiat, pour d'autres auteurs, LABOUCAIRE et BARRÈS notamment, cette distinction ne peut être rigoureuse. Ces auteurs discutent la valeur de la notion de « schizophrénie aiguë ». Ils isolent, à l'intérieur de ce cadre, deux grands groupes qui se distinguent des débuts aigus de la schizophrénie et dégagent, en fonction des dominantes cliniques initiales, *deux types évolutifs* :

1) *Psychoses délirantes aiguës à structure polymorphe*, où l'on retrouve de préférence un début franc, des facteurs réactionnels déclenchants, des altérations variables de la conscience, une guérison aisément obtenue sans ou avec très peu de passages vers l'évolution dissociative secondaire (15 % des cas).

2) *Expériences de dépersonnalisation aiguë* : elles diffèrent des précédentes par l'absence habituelle de contexte étiologique détermi-

nant, le début plus progressif, la moindre réductibilité thérapeutique et le risque plus grand d'évolution vers la schizophrénie (35 % des cas).

Ultérieurement, ces deux groupes connaissent souvent une *évolution périodique* : soit qu'elle reproduise identiquement l'accès, soit que le trouble se manifeste par de véritables accès maniaco-dépressifs, soit enfin que la guérison réelle survienne.

Cependant, dans la majorité des cas, la discrimination est impossible. Les « schizophrénies aiguës » les plus typiques peuvent ne jamais connaître d'évolution dissociative.

Enfin, la fréquence de l'évolution favorable d'états aigus revêtant un aspect tout à fait typique de schizophrénie est maintenant connue.

DONNÉES CLINIQUES SUR LES "BOUFFÉES DÉLIRANTES ET HALLUCINATOIRES AIGUES"

C'est aux remarquables analyses cliniques, phénoménologiques et existentielles de H. Ey que l'on doit nos connaissances actuelles de ces bouffées délirantes et hallucinatoires aiguës.

H. Ey les intègre à un niveau de déstructuration de la conscience essentiellement hallucinatoire intermédiaire entre celui, supérieur, des crises maniaco-dépressives et le niveau plus bas des états confuso-oniriques.

« Entre le monde indéfiniment ouvert ou fermé des crises de manie et de mélancolie et le déroulement tumultueux et chaotique en vase clos du délire confuso-onirique, la conscience morbide étudiée ici est celle d'un monde encore monde, mais *hallucinatoire* et artificiel. » (H. Ey.)

Ces psychoses, en effet, se caractérisent cliniquement par l'écllosion brutale d'un délire transitoire à thèmes et expressions polymorphes, chez des sujets « prédisposés » ou du moins ayant souvent des antécédents héréditaires familiaux psychopathiques.

Ces états peuvent se manifester sous des formes diverses, selon le degré de déstructuration de la conscience : expériences de dépersonnalisation, de dédoublement hallucinatoire, de vécu oniroïde.

- EXPÉRIENCES DE DÉPERSONNALISATION, où les symptômes de dépersonnalisation expriment des « modalités d'étrangeté des expériences vécues sur le registre de la personne psycho-somatique » et sont ressentis comme des sentiments de déréalisation, de transformation corporelle, de métamorphoses, de dysesthésies...
- EXPÉRIENCES DE DÉDOUBLEMENT HALLUCINATOIRE (états aigus d'automatisme mental) qui rappellent l'ancienne notion de psychose hallucinatoire aiguë. L'unité psychosomatique de la personne est brisée,

pénétrée en profondeur par des thèmes d'influence, de possession, d'emprise, de vol de la pensée...

Ces deux aspects du « vécu délirant » situés à des niveaux voisins mais *discontinus*, sont en fait le plus souvent *associés* et représentent alors la structure « la plus élevée des psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës », se rapprochant par là du niveau supérieur maniaco-dépressif.

• EXPÉRIENCES DÉLIRANTES ONIROÏDES : elles se rapprochent du niveau plus bas de la confusion, car elles sont vécues comme « des rêves intenses et vagues par une conscience en *état crépusculaire*, laquelle, sans être engloutie dans la confusion ou le sommeil, admet cependant une charge inusitée d'imaginaire et de rêve ».

Toujours dans son étude n° 23, H. EY expose la *phénoménologie* et l'*analyse structurale* de ces bouffées aiguës :

— On trouve, au premier plan, les troubles de la *perception* (perception au sens d'espace vécu, champ phénoménal qui fait communiquer le Moi avec le Monde : MERLEAU-PONTY).

— Le caractère primordial de ce niveau de déstructuration de la conscience, sur le plan du *vécu*, est d'être un « bouleversement de l'espace vécu ».

L'*analyse structurale* des bouffées aiguës se dégage des conceptions organo-dynamistes.

On y retrouve :

- une structure *négative* qui se reflète dans les états de dissolution de la conscience « troublée » par un vague de la pensée, une crépuscularisation de la conscience devenue floue, ouatée, rétrécie (« pensée décomposée »);
- une structure *positive* qui se reflète dans l'actualisation émouvante du vécu, la symbolisation par « métamorphose de la sémantique psychique », l'artificialisation du vécu.

A cette analyse structurale fait suite l'étude des *formes cliniques*. Les bouffées délirantes et hallucinatoires aiguës peuvent présenter :

a) DES FORMES SYMPTOMATIQUES

— Selon les thèmes : mystiques, érotiques, de persécution.

— Selon le mécanisme prévalent du délire :

— *Psychoses imaginatives aiguës* qui sont des flambées imaginatives, fabulatoires à thèmes riches et variés (DUPRÉ et LOGRE, 1910).

— *Psychoses interprétatives aiguës* (VALENCE, 1927) : bouffées paroxystiques délirantes interprétatives, souvent accompagnées de fortes réactions émotionnelles, dont on pourrait rapprocher les « délires d'intuition » étudiés par TARGOWLA et DUBLINEAU.

— *Psychose hallucinatoire aiguë* : le mécanisme hallucinatoire domine, avec thèmes volontiers érotiques ou mystiques, où les contenus délirants ont souvent une expression onirique, requérant en outre une participation affective intense.

b) FORMES ÉTIOLOGIQUES

- Toxiques.
- Traumatismes affectifs.

c) FORMES ÉVOLUTIVES

- Les états crépusculaires paroxystiques (KLEIST) de courte durée, peuvent se manifester sous forme de *paroxysmes* violents à forte charge émotionnelle, ayant alors parfois une valeur cathartique, d'où leur possible parenté avec certaines formes d'hystérie.
- Les formes à évolution *chronique* posent de réelles difficultés diagnostique et pronostique. On connaît en effet des formes qui tendent à se prolonger, à « se survivre en organisations durables, intermittentes ou chroniques ». Et cette fréquence des évolutions schizophréniques à partir de ces « bouffées délirantes » situe le problème au centre de la psychiatrie.

La difficulté est de saisir le *passage* de la forme aiguë à la forme chronique. Bien des auteurs se sont penchés sur cette énigme : A. DELMAS (1920), KLIEFFEL et TRENAUXAY (1901). BERLE déjà, avait pensé que le trouble fondamental qui consistait en l'altération de la personne, se révélait plus particulièrement au cours des phases résiduelles intercritiques et non lors des phases processuelles. Il se rapprochait ainsi des conceptions de H. EY. Celui-ci souligne que c'est la *clinique*, au stade dit « amphibole », qui doit nous apprendre combien

« cette phase du réveil ou de l'assoupissement des expériences délirantes et hallucinatoires aiguës est importante, car c'est à ce moment que le clinicien doit redoubler d'attention pour saisir et aider le passage vers la guérison et empêcher la cristallisation et la systématisation des convictions ».

L'expérience a montré en effet, que certains délires se survivent dans une atmosphère mystérieuse, bien que soit paradoxalement conservée une certaine conscience de la maladie.

Enfin H. Ey rappelle, en conclusion,

qu' *« une vaste brèche est ouverte dans la cloison que la nosographie actuelle a dressée entre psychoses délirantes aiguës et psychoses chroniques »*.

Comme nous l'avons vu, le problème et l'intérêt de ces psychoses aiguës réside dans leur séparation des psychoses chroniques.

Pour guider notre diagnostic, H. Ey a isolé *dix critères* dans lesquels se trouvent réunies toutes les caractéristiques des psychoses délirantes aiguës.

- 1) Soudaineté du début.
- 2) Polymorphisme des thèmes délirants.
- 3) Variations du tableau clinique d'un jour à l'autre.
- 4) Recrudescence des troubles dans la phase parahypnique.
- 5) Continuité des expériences délirantes et hallucinatoires avec le vécu de la narcose provoquée, condition artificielle qui les accentue.
- 6) Caractère d'actualité immédiatement perceptive et intuitive du vécu délirant.
- 7) Oscillations de la croyance et de la perplexité critique à l'égard du délire.
- 8) Atmosphère de l'état crépusculaire de la conscience.
- 9) Prévalence de l'activité hallucinatoire visuo-spectaculaire ou cénesthésique sur l'activité hallucinatoire idéo-verbale.
- 10) Substratum « thymique » du vécu délirant soit dans le vécu de l'exaltation, soit dans le sens de l'angoisse.

EN CONCLUSION

On ne peut qu'admirer la profondeur et la finesse des descriptions cliniques et des analyses phénoménologiques et structurales du « Maître de BONNEVAL ». Leur valeur est indéniable.

Cependant, si ces admirables conceptions pathogéniques et psycho-pathologiques nous exposent parfaitement la pathologie de la conscience, la progression et la formation tant de l'être psychique normal que de l'être psychique pathologique, nous demeurons néanmoins songeurs sur certains points : ces études détaillées et complexes nous apportent certes une connaissance qui se voudrait parfaite du monde de la psychiatrie, elles nous apprennent à observer le malade, à décortiquer les symptômes qu'il présente, à le classer dans tel ou tel cadre nosographique.

Nous savons établir le diagnostic ... le plus souvent, mais pas toujours ... Nous pouvons quelques fois, de façon toute intuitive, prévoir l'avenir plus ou moins proche ... Mais est-ce suffisant ? Ne sommes-nous pas avant tout des thérapeutes ? Notre devoir n'est-il pas de chercher à guérir sinon à stabiliser ?

Nous aurions aimé pour notre part, que de ces études profondes et minutieuses, se dégage aussi une *attitude thérapeutique* pratique et efficace, adaptée à chaque cas, à chaque niveau de dissolution de conscience ...

Il nous semble que la connaissance des thérapeutiques psychiatriques, sur le plan de leur propriété pharmacologique et surtout de leur modalité et niveau d'action, est encore un domaine plein d'inconnu !

Au rythme où sortent actuellement des laboratoires les nouveaux neuroleptiques ... il nous semble que le domaine pharmaco-bio-neuro-physiologique doive susciter tout notre intérêt.

C'est pourquoi nous avons voulu donner à notre étude une direction particulière, et peut-être audacieuse, en nous inspirant des théories de H. LABORIT et COIRAULT qui ont cours depuis peu dans le domaine de la réanimation en neuropsychiatrie (et qui ont notre adhésion), en essayant de les appliquer à chaque étape de notre étude : étape pathogénique et psychopathologique, étape évolutive des psychoses délirantes aiguës vers la schizophrénie, enfin, étape thérapeutique.

OBSERVATIONS CLINIQUES

L'historique nous a montré la difficulté du diagnostic de ces bouffées aiguës polymorphes, aussi bien que celles du problème pronostique qu'elles posent à l'égard des psychoses schizophréniques.

Il semble qu'il ne soit pas possible de se référer aux aspects cliniques initiaux pour préjuger de l'évolution de ces psychoses aiguës.

La plupart des psychiatres conservent sans doute au fond d'eux-mêmes cette vieille notion de « fatalité démentielle » et ne basent leur discrimination entre psychoses aiguës et chroniques qu'après une *durée d'évolution suffisante*.

* *

Dans les observations cliniques que nous allons rapporter, nous distinguerons :

- Un accès unique de psychose délirante aiguë définitivement guéri.
- Un cas présentant des accès multiples avec restitutio ad integrum entre les crises et n'évoluant pas vers la schizophrénie.
- Un cas présentant de nombreux accès, à la frontière entre psychose délirante aiguë et schizophrénie.
- Plusieurs accès aigus posant le problème de la « schizophrénie incipiens ».
- Plusieurs accès intriqués évoluant rapidement vers la schizophrénie après un épisode délirant guéri de façon spectaculaire.

OBSERVATION N° 1

- Un seul accès hallucinatoire aigu, suivi de guérison.

Denise G..., au moment de son hospitalisation en juin 1949, est âgée de vingt-trois ans. Elle est la seconde de trois filles.

On relève, dans les antécédents familiaux, que deux sœurs de la grand-mère maternelle de D... moururent à l'asile, l'une à l'âge de vingt-huit ans, l'autre à l'âge de quarante-huit ans. On en ignore la cause.

La mère est en bonne santé, elle exerce le métier d'institutrice, elle assume en outre le rôle de chef de famille. C'est une femme cultivée, très sensible, imaginative et très émotive.

Le père est un grand nerveux maladif, asthmatique, il ne travaille pas. Il est sombre et neurasthénique, il est méfiant, très susceptible et a une tendance à sentir autour de lui le monde hostile et malveillant.

La famille de D... est israélite et d'origine slave.

Les antécédents somatiques de D... montrent quelques maladies infantiles bénignes (rougeole, varicelle) dans le jeune âge.

Les premières règles surviennent à l'âge de dix ans et demi, mais il s'agit d'hyperménorrhée (flux abondant, durant dix jours).

D... a été une enfant passionnée, très douce, dévouée, mais aussi orgueilleuse et susceptible.

Sa scolarité est brillante. Elle passe le brevet élémentaire. La guerre survient, qui l'empêche de poursuivre ses études.

Quelques données d'ordre psycho-affectif concernant D... nous paraissent dignes d'intérêt : à l'âge de sept ans, au moment précis où elle a été séparée de la chambre de ses parents, lors de la naissance de la cadette, D... voit des serpents monter de dessous son lit. Ces « visions-cauchemars » motivent une consultation psychiatrique où l'on conclut seulement à une imagination trop vive.

À treize-quatorze ans, c'est la guerre. Elle assiste à l'incendie d'un camion de munitions et apprend la mort de dix-neuf membres de sa famille dans les camps de concentration et les fours crématoires.

À l'âge de seize ans, à la suite d'une maladie grave de la cadette, D... et sa mère se convertissent au catholicisme malgré une sourde opposition du père et de la fille aînée.

À dix-sept ans, lors d'une visite touristique au Sacré-Cœur, elle tombe à genoux et dit à sa mère : « Je crois ; Jésus, tu sais, il m'a eue à l'instant et il m'a eue pour toujours ... je serai cloîtrée. »

Dès lors, elle suit un noviciat rapide (deux ans), non sans mal, car ses décisions entraînent un conflit avec le père qui la prie d'attendre sa majorité pour entrer au couvent. Mais D... maigrit, ne mange plus, devient morose et le père cède devant la décision inébranlable de sa fille.

À vingt ans, elle entre au couvent de M... où c'est une Sœur modèle. Sa vie de Visitandine est normale, régulière jusqu'en mars 1949, date du début des troubles.

Grâce à une abondante correspondance entre la mère de D... et la Mère supérieure du couvent, nous avons une connaissance détaillée du déroulement du début de la maladie.

D... commence par présenter des *insomnies rebelles*, une *anorexie*, des *céphalées*, quelques troubles de la mémoire, ainsi qu'un déficit de l'attention. Elle passe de nombreuses journées étendue toute habillée sur son lit. On note, en outre, quelques *myoclonies* des lèvres, une *mydriase*, une moiteur des mains.

Elle éprouve un jour une « passion amoureuse » et exclusive pour une de ses compagnes, passion qui se mue quelques jours plus tard en aversion. Cette Sœur, objet initial de son amour, devient un « suppôt de Satan ». D... tient des propos amers et venimeux et devient agressive. Quelques jours encore passent, l'effervescence délirante diminue : « J'ai accusé une Sœur à faux ! Il ne faut jamais juger personne. J'ai souffert atrocement, mais maintenant, cette torture morale est passée. Cette Sœur que je croyais mauvaise est un ange ... J'avais supposé qu'il s'agissait d'un scrupule de conscience, vécu par une âme passionnée... »

Une semaine plus tard, prise d'une terreur sans nom, D... s'enfuit par un souterrain du couvent et, profitant d'une brèche mal obturée par des barbelés, elle saute un mur de deux mètres de haut. Elle se retrouve sans une égratignure ni même un accroc, dans la campagne, à travers laquelle elle continue sa course folle, en proie à l'épouvante. Elle se croit « poursuivie par la Mère du couvent qui veut la brûler vive ! ». En chemin, elle se calme, demande la route pour la cathédrale et va assister là, à quatre messes consécutives... Le soir, on la ramène au couvent ; elle refuse de franchir la grille avant d'être « exorcisée »... Hagarde, puis prostrée, elle raconte d'une voix hachée : « Vous comprenez, ma Mère, vous vouliez me brûler, alors je me suis sauvée. Dans la nuit, une voix m'a dit : "Tourne le cœur (dans les congrégations, il existe une image représentant un cœur que l'on tourne en le suspendant en dehors de la cellule pour indiquer que l'on désire être seule) ... tourne le cœur !" Je me suis dit : "Il faut que je ferme la croisée de gauche", puis je me suis recouchée ... Mais j'ai compris que c'était celle de droit que j'aurais dû fermer ... Ce n'était pas encore ça ... Enfin, j'ai compris que vous vouliez me chasser d'ici... »

On lui accorde le repos nécessaire, elle subit un traitement homéopathique et quelques injections de pénicilline, mais son état ne s'améliore pas. Elle s' imagine qu'on veut l'empoisonner, elle cherche à fuir et se méfie de tous. « Je veux voir la Mère ou je saute le mur », hurle-t-elle. On l'empêche de justesse de sauter dans un camion qui sortait du couvent. Elle dit aux Sœurs : « Etes-vous de vraies Sœurs ... et le prêtre est-il un vrai prêtre ? » Ce disant, elle se frappe la tête et les joues avec violence. Elle ne reconnaît pas, au dessert, les fraises qu'on lui présente et croit qu'on veut lui faire boire du sang. Elle fait une nouvelle fugue nocturne en chemise. L'insomnie, l'anorexie sont totales.

L'absence d'amélioration, malgré de nombreuses thérapeutiques symptomatiques et l'aggravation des signes, constituent des symptômes alarmants qui motivent son « placement volontaire » dans nos Services en *juin 1949*.

• *Juin 1949 :*

Elle exprime spontanément ses « problèmes » :

« Depuis le mois de mars, j'avais mal à la tête, j'étais énervée. Depuis un mois, c'est pire ... je ne dors plus la nuit, parce que j'ai toutes sortes de pensées qui me traversent l'esprit. Des choses insignifiantes qui, du fait de mon imagination, prennent un aspect effrayant. A un moment, j'ai eu l'impression que

j'étais morte ou que j'étais au Purgatoire. Je pensais toute éveillée, mais c'était comme un genre de rêve, dans ce sens que c'était bien absurde ... Je me sentais par instant devenir folle : c'était un sentiment d'étrangeté du monde ; tout autour de moi se modifiait. Les faits les plus simples prenaient une signification insolite. Ainsi, une parole que j'entendais, je lui donnais d'abord un sens normal, puis ça changeait de signification. Il me semblait aussi qu'on connaissait ma pensée et que j'étais en état de possession diabolique ; mes actes étaient forcés, les paroles que je prononçais m'étonnaient moi-même.

« Des pensées m'arrivaient ... sans cause ... c'est pourquoi je les attribuais à Dieu ou au Diable.

« J'ai vu le visage du Christ m'apparaître, flou, comme dans un nuage ; j'étais alors en prière. J'ai vite compris que ça ne pouvait pas être le Christ lui-même ; l'image était trop petite !

« Actuellement, je sens une folie de persécution qui m'inquiète ... j'ai l'impression qu'on se moque de moi, qu'on a voulu me chasser du couvent... Il m'a semblé un jour que cette Sœur (pour qui elle a eu un élan amoureux) s'intéressait à moi. Elle avait pris ma défense alors qu'on me réprimandait pour une petite faute. C'était insignifiant ... J'en ai conclu qu'elle avait de l'affection pour moi : je cherchais à lui rendre service, j'étais pleine de prévenances pour elle. Elle ne m'encourageait pas mais ne me décourageait pas non plus. J'ai eu le désir de lui plaire, d'attirer son affection. Son physique, mais aussi ses qualités morales m'attiraient. Au début, c'était une affection surnaturelle pour Dieu, ensuite j'ai ressenti une attirance physique, un sentiment indéfinissable. Là encore, c'était comme dans un rêve ... Elle qui était plutôt froide auparavant, me semblait soudain plus affectueuse. Ses paroles étaient à double sens ... Actuellement, son emprise sur moi s'est estompée. Mais je n'ai jamais pu ne plus y penser. Cette affection où il y avait quelque chose de trouble a dû paraître étrange. On a sans doute cru qu'il y avait quelque chose entre nous ... On a cherché à lui tendre un piège par l'intermédiaire d'une autre Sœur qui, faisant semblant d'avoir de l'affection pour moi, a fait naître en elle la jalousie.

« J'ai bien remarqué tout ça, bien que la Supérieure m'ait soutenu le contraire. Ça ne peut être un rêve. Je l'ai vu. Ça doit d'ailleurs venir de la Supérieure elle-même : elle s'est laissée prendre au piège ... elle était jalouse de moi...

« Il n'y a jamais eu de paroles directement échangées, mais des attitudes, des regards complices, des faits certains ... Il y a quelque temps, j'étais excitée : les Sœurs me faisaient l'effet d'être des démons. Un jour, j'ai fui, croyant être possédée par le Diable ; on voulait me tuer ... l'Univers entier était transformé en Enfer... »

Au terme de ce premier long entretien, l'interlocuteur relève quelques *tendances obsessionnelles* : actes répétés deux ou trois fois, contrôlés, anxiété de n'avoir peut-être pas fermé une porte...

Le mois de juin se termine... L'asthénie, les céphalées vives, l'anorexie persistent. Une narcose sous privénal nous révèle quelques propos :

« Parfois le monde s'accélère ... On me veut quelque chose ... C'est très vague, d'où mon angoisse et ma peur ... Quand j'étais petite, j'avais peur du noir,

puis c'est passé ... C'est revenu plus tard, mais je n'osais pas en parler ... Actuellement, j'ai confiance, je guérirai de cette maladie ... C'est une épreuve de Dieu ... Je me suis convertie après qu'une nuit j'ai eu l'impression que la Sainte Vierge m'avait embrassée sur le front ... C'est peut-être un rêve ... Je suis allée au Sacré-Cœur ... J'ai eu l'impression que l'Eucharistie c'était un cœur ... C'est à ce moment que j'ai cru ... Je croyais en Dieu sans plus ... La religion de ma famille me semblait faite pour les bébés ... Après l'impression d'avoir senti la Vierge, je n'ai plus eu peur ... Il ne m'arriverait rien des Allemands ... ma peur est une épreuve de Dieu ... J'ai parfois des doutes sur ma vocation ; je voudrais aller à Paris ... peut-être près de mes parents ... j'ai besoin d'être guidée... »

Elle se plaint d'asthénie, exprime des impressions fugitives d'influence et d'hospitalité de l'ambiance.

• *Juillet 1949 :*

Après les premières séances de sismothérapie, une légère amélioration se dessine, D... se sent redevenir plus gaie, « ses idées fluctuent encore ». Elle écrit une lettre au couvent pour justifier sa première fugue :

« Ce jour-là, j'eus l'impression qu'une griffe me tordait la main gauche, je l'interprétais comme une possession diabolique. Une fois de retour au couvent, je pensais qu'on m'avait fait deux piqûres dans la main, pendant mon sommeil ... Je pensais qu'il existait un moyen de mélanger à la nourriture des produits pouvant provoquer la grossesse. Il me sembla une autre fois qu'on avait suspendu dans le couloir où donnent les cellules, une lampe électrique étrange produisant aux alentours un effet de brûlure. »

Les deux séances de sismothérapie n'amènent qu'une rémission transitoire.

• *Août 1949 :*

Un matin, au réveil des premières séances de « petite insuline », elle nous dit : « Comme vous le savez, je suis de descendance juive et je suis sûre que les femmes juives ne conçoivent pas comme les femmes catholiques ; ainsi, ma mère ne m'a pas conçue autrement que les Juives ; c'est pourquoi je me suis trouvée enceinte. Ça doit être après une opération. Cette grossesse a été une sanction. Un jour, le docteur qui était venu m'ausculter sur ma demande, m'examina le ventre ; j'eus l'impression que quelque chose avait remué en moi. C'est Monsieur C..., ici, qui m'a fait avorter. Il est monté dans ma chambre avec des instruments, il m'a fait une piqûre, je me suis endormie en parlant ... En me réveillant, je me suis aperçue que je n'étais plus enceinte ... Je me demande si les Juifs, lorsqu'ils se marient, peuvent vivre ensemble comme les catholiques. Tout est embrouillé ! Je ne veux pas mourir. J'ai peur de perdre la foi ... Notre Seigneur est un Spirite ... Il est ressuscité le troisième jour et nous tous ensemble. »

Les jours suivants, D... exprime une vive angoisse, elle pleure souvent : « Je n'ai confiance en personne, il vaut mieux en finir, je ne comprends rien à rien... »

Elle se confie à sa mère :

« Je n'ai pas combattu cette affection humaine pour Sœur ... c'était un péché grave. Je n'ai fait cependant du mal qu'en pensée. Ma punition, c'est d'être ici. Pour le monde, ici c'est l'asile psychiatrique, en réalité c'est un pénitencier réservé aux Sœurs et aux Prêtres qui doivent sur cette terre payer leurs péchés. Il y a des fous aussi. On veut me rendre folle pour expier. Nous allons vers la *fin du monde*. »

« Jésus a ressuscité les morts et tous ces morts m'entourent. Tous jouissent de la propriété de connaître mes pensées, de m'en suggérer même ; leur mission est de me faire passer mon Purgatoire sur cette terre, car je souffre atrocement, souffrance toute spirituelle d'ailleurs. »

« Toi-même, maman, n'as-tu pas été Sœur autrefois ici, et n'est-ce pas pour cette raison que tu m'as conduite là ? Ce ne sont pas des certitudes, ce sont des pensées qui ont racine en moi ; elles sont vagues, elles émergent par moment. J'essaye de les combattre avec ma foi, mais en même temps je les adopte et non seulement je les fais miennes, mais encore, je les englobe dans les faits du moment et j'y adapte les paroles de ceux qui m'entourent ... Ce, jusqu'à ce qu'une phrase, qui ne peut logiquement faire partie de ma pensée, me révèle tout le néant de mes idées et faire crouler ce pauvre monde fou où je me meus. Mais hélas, elles affluent à nouveau et tout recommence... »

Les derniers jours du mois d'août, M. H. Ey note chez D... une nouvelle invasion délirante avec automatisme mental et l'actualisation de l'expérience délirante. Elle s'exprime au présent :

« C'est comme un problème de géométrie où plusieurs cas sont possibles. On agit sur mes pensées. Comment peut-on croire des choses contradictoires ? Je crois en Dieu. Il faut y croire. Est-ce que je deviens folle ? »

• *Septembre 1949 :*

A la veille de débiter un traitement de comas insuliniques, la mère de D... nous adresse la lettre suivante :

« ... Il y a chez ma petite un être double, celui à qui son instinct de défense commande de paraître normale, pour donner le change, en second lieu, lorsqu'elle trouve un refuge où se blottir, l'autre être, malade, où dominent la défiance et la peur. Elle vit dans la terreur du milieu qui l'entoure. Elle se défie des Sœurs, des docteurs qui lui suggèrent des pensées folles et aggrave son mal, des gens qui pendant son sommeil peuvent accomplir des actes de violences pour la perdre et la conduire en Enfer ... Toute la ville de B... lui suggère des choses honteuses. »

• *Octobre 1949 :*

Après quelques *oscillations* du tableau clinique, ce dernier se transforme sous l'influence des premiers comas d'insuline.

En cours de cure, elle nous dit :

« J'ai été très longtemps sous l'impression qu'on savait, qu'on entendait, qu'on se rendait compte de ce que je pensais. Maintenant, ça n'est plus comme

ça, mais j'ai gardé ce souvenir et c'est ce souvenir qui revient encore parfois. Actuellement, c'est devenu plus normal autour de moi. Je voyais de travers, je pensais que les faits les plus insignifiants étaient la preuve qu'on entendait ce que je pensais. C'est que cette pensée des choses, impossible à entendre ou à connaître, c'était terrible. Je cherchais à comprendre et mon imagination me faisait représenter les choses les plus extraordinaires, et ça revenait tous les jours. Je ne me rappelle plus très bien, surtout le début. »

A l'égard de sa vocation religieuse, elle affirme qu'elle la possède toujours, mais elle pense qu'il vaut mieux qu'elle change d'Ordre.

L'amélioration est durable. Les idées délirantes ont disparu. D... exprime seulement un vague sentiment de peur, une lenteur dans ses décisions, ainsi qu'une tendance à revenir sur ce qui a été décidé.

• *Novembre 1949 :*

A la demande de sa mère, elle quitte l'établissement et part dans sa famille. Elle a dix-huit mois devant elle pour décider si elle va reprendre sa vie de religieuse en prononçant ses Vœux définitifs.

Cette observation clinique pourrait s'arrêter là. Pourtant, une correspondance régulière entre D... et le médecin-chef du Service jusqu'à ces dernières années, nous permet de prolonger l'histoire de la malade. Nous résumerons les faits :

- *Mai 1950* : elle va bien ; elle se prépare à passer un concours (?) et nous demande un certificat de vaccination.
- *Août 1952* : nous apprenons son mariage.
- *Novembre 1953* : elle nous annonce la naissance d'une petite fille.
- *Décembre 1954* : nous apprenons que D... s'apprête à accoucher d'un second bébé.
- *Août 1956* : la malade, spontanément, vient avec son mari et ses deux enfants. Elle écrit un roman « *métaphysique et autobiographique* » dont le narrateur est un *homme*. Elle paraît à la fois détachée et très intéressée par son expérience délirante qu'elle appelle une « folie métaphysique ». Pour elle, cette « crise » est un épisode de sa vie intérieure, touchant à ses problèmes métaphysiques et religieux, et répondant au besoin de rechercher Dieu.

Résumé de la suite des événements :

- *Début 1942* : expérience intérieure spirituelle.
- *Octobre 1942* : conversion de D... et de sa mère.
- *Août 1943* : rêve ou vision de la Vierge et décision d'entrer au couvent.

La psychose a eu un *effet résolutif* sur ces problèmes. Elle est devenue une autre personne. Elle a l'impression que tôt ou tard cette « crise métaphysique » devait se produire.

Ce n'est que trois mois après sa sortie qu'elle s'est sentie guérie et qu'elle a accepté que, sous l'influence de sa tension intérieure, elle était tombée malade. Sentiment que son expérience délirante était voulue, désirée et dirigée. L'expérience de la fin du monde : c'est le « devinement » de sa pensée qui lui a ouvert l'ordre d'un *nouveau monde*.

— *Janvier 1959* : elle exprime ses regrets de n'avoir pas pu nous montrer son livre. Elle s'applique à y apporter quelques modifications, mais se plaint de ne pouvoir y consacrer tout le temps qu'elle voudrait, car elle attend un troisième bébé.

Ce cas nous paraît intéressant, car il permet un recul de douze années.

D... a vingt-trois ans lorsque débute les troubles. Nous pensons qu'en réalité nous pouvons relever comme indices avant-coureurs de trouble mental les quelques incidents de son enfance, ainsi que la première révélation mystique que D... a eu dans sa dix-septième année.

Le *certificat de vingt-quatre heures* du Docteur H. Ey est ainsi rédigé : « Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose délirante aiguë. Expériences délirantes à type d'états crépusculaires hystériques. Sentiments de possession. Projection d'un conflit homosexuel latent. Fugues. Anxiété. Fond de déséquilibre névrotique. »

Les termes consignés sur ce certificat nous semblent correspondre exactement aux symptômes présentés par D... à son entrée. En ce qui concerne la période du début des troubles, nous pourrions dire que la bouffée s'est constituée d'emblée. Elle est faite d'hallucinations visuelles (démons), auditives et cénesthésiques, de sentiment de possession démoniaque, d'impressions bizarres, d'étrangeté du monde extérieur...

Ces expériences, plus délirantes qu'hallucinatoires, sont vécues avec angoisse et terreur. Le contenu délirant correspondant à son existence antérieure. L'activité délirante semble être à base intuitive et, plus encore, interprétative.

Cette « bouffée aiguë » survient chez une personnalité délicate, aux tendances névropathiques, voire hystériques. Le tempérament de D... est imaginaire et sensible.

Les antécédents familiaux ne sont pas très chargés, mais il est certain qu'on en ignore une partie.

Durant les premières semaines de son hospitalisation, la « pathographie » de D... révèle la grande richesse du contenu délirant. Le tableau clinique est *oscillant* ; les thèmes exprimés sont *polymorphes* : persécution, empoisonnement, influence, possession démoniaque, thèmes mystiques...

On ne note pas d'importante obnubilation de la conscience. D... est parfaitement orientée, elle est « présente à l'ambiance », mais comme fascinée par son expérience délirante. L'onirisme semble être vécu de façon essentiellement perceptive, mais aussi intuitive et interprétative. On sent la forte charge affective de cette psychose, d'où, au début, émerge un complexe d'homosexualité.

Le *certificat de quinzaine* du Docteur H. EY permet de noter une certaine évolution : « Réveries, anxiété, interprétations morbides. Sentiments d'hostilité de l'ambiance. Conflit affectif éthique. *Tendances schizoïdes, personnalité organisée dans le sens de l'introversion et de l'ambivalence* ».

On note par instants un relâchement des associations, des attitudes interrogatives mais détachées, une perte du contact avec la réalité, des sentiments d'étrangeté et de dépersonnalisation... tous symptômes qui répondent en fait à la *déstructuration de la conscience* tout en lui conférant une *teinte schizophrénique*.

Nous retrouvons dans la symptomatologie tous les critères de H. EY en faveur de la psychose délirante aiguë, sauf la recrudescence parahypnique des troubles.

Lors du séjour, le Docteur J. PICARD note que la malade est atteinte d'un « délire à éclipse avec syndrome d'influence, tendance aux sentiments de dépersonnalisation ; écho de la pensée, hallucinations psychiques, craintes de persécution, interprétations parfois teintées d'anxiété, scrupules, fugues réactionnelles, possibilité d'une *schizophrénie incipiens* ».

La description des symptômes est si parfaite dans ces certificats, qu'elle nous dispense d'une analyse supplémentaire...

Après quelques jours de perplexité, avec vagues successives d'angoisse, de scrupules, de méfiance, elle « reprend conscience de la réalité ».

Le *certificat de sortie* est alors ainsi rédigé : « A présenté des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose délirante aiguë sur fond schizoïde. Ebauche de dissociation et d'organisation autistique. Excellente rémission obtenue par insulinothérapie. »

Nous nous demandons si la résolution de D... à écrire ce « roman métaphysique et autobiographique » sous un pseudonyme masculin, ne constitue pas une « trace » de ses expériences délirantes, mettant en évidence une légère atteinte de sa personnalité. La guérison est complète, en ce sens qu'elle mène une vie sociale normale ; elle a supporté trois grossesses assez rapprochées, qu'elle a menées à terme sans rechuter.

EN RESUME

On peut considérer que la cure de Sakel lui a redonné son équilibre et a permis de couper court à cette « bouffée délirante aiguë », au moment précis où celle-ci prenait une teinte schizophrénique et une tournure autistique.

Nous ne pouvons préjuger de l'évolution qui aurait suivi cette expérience délirante, si les thérapeutiques n'avaient pas existé.

La constance de la rémission peut avoir pour explications :

- d'une part, le fait que la psychose a eu un effet « cathartique » sur tous les problèmes et conflits antérieurs ;
- d'autre part, par le fait qu'en quittant la vie religieuse et en se mariant, elle s'est soustraite au milieu pathogène.

Enfin, il est possible aussi que la rédaction de cette autobiographie constitue un exutoire, une fuite permanente à ses tendances névrotiques.

Ceci laisse à penser que le jour où elle ne pourra plus compenser ce déséquilibre névrotique, elle cheminera vers une nouvelle expérience délirante... A notre avis, le risque de récurrence n'est pas complètement écarté.

OBSERVATION N° 2

Mademoiselle P... est âgée de trente-trois ans lorsqu'on nous l'adresse pour la première fois (1956). C'est une institutrice blonde, célibataire, qui paraît plus que son âge. Elle est de petite taille, assez corpulente, d'aspect infantile, de biotype nettement pycnique.

On ne trouve aucune hérédité psychopathique dans les antécédents. Elle-même a eu la scarlatine à trois ans, une paratyphoïde à six ans. Son père et sa mère sont en bonne santé. Son frère, de six ans plus jeune, est comptable. A la naissance de ce dernier, il y eut un « remous affectif » dans la famille. L'enfance de Mlle P... se déroule normalement, d'abord en famille jusqu'à dix ans, puis en pension jusqu'à dix-sept ans, où elle étudie bien. A dix-sept ans, elle

obtient le concours de l'Ecole Normale ; à vingt-deux ans, elle passe son C.A.P. et s'installe à M... où elle va enseigner onze ans, dans un cours complémentaire, les sciences naturelles et l'arithmétique. C'est une femme douce, très pieuse, un peu renfermée.

A vingt-cinq ans, elle connaît un jeune homme (officier) qu'elle va fréquenter pendant quatre ans, auquel elle se fiance. Au bout de ces quatre années, ce jeune homme la quitte ... et part aux colonies. Elle en ressent un grand chagrin. Elle a vingt-neuf ans.

A partir de ce moment, elle commence à manifester de la jalousie à l'égard de son frère. Ce dernier (mutilé) s'est marié avec une jeune femme (également mutilée) et de ce mariage est née une adorable fillette que Mlle P... jalouse et maudit. En outre, elle dévore et devient véritablement boulimique.

Entre 1951-1953, elle présente quelques dépressions atypiques mineures sur lesquelles nous n'avons aucun détail.

En février 1955, Mlle P... subit une vaccination antivariolique qui la rend malade, motive un congé et son départ de M... ; elle rejoint ses parents à I... C'est alors que débute les troubles : *pertes de mémoire, agressivité* dirigée contre la mère qu'elle gifle sans raison.

De retour à M..., Mlle P... présente des troubles de l'attention : en classe, « elle déraile » et ses élèves se moquent d'elle, ce qui entraîne des larmes. Cet état motive une première hospitalisation à l'Hôpital de La Pitié, à Paris (avril 1956). On peut lire sur le certificat : « Bouffée confusionnelle, crises de type hystérique et réactions de violence à l'égard de son entourage familial. Discret syndrome d'influence : " Ses parents l'envoûtent, on lui prend sa pensée ". Syndrome dépressif surajouté... »

Elle sort au bout d'un mois ; seul le syndrome dépressif est amélioré. Elle rentre dans sa famille à I... Les troubles reprennent aussitôt et tout l'été les parents subissent un véritable « calvaire ». Ceux-ci représentent la « bête noire » de P... Sa mère lui paralyse tantôt la jambe, tantôt le bras ; son père l'envoûte. Mlle P... ne se lève plus. Elle déchire son courrier sans le lire, elle gifle sa mère, sans raison, elle pleure ensuite en demandant qu'on lui redonne sa mémoire.

Ces troubles motivent son premier séjour dans nos Services.

• Novembre 1956 :

« Ça a débuté par une crise nerveuse de la jambe. Pendant huit jours, je n'ai pas pu marcher. Ensuite, j'ai eu des crises nerveuses ... c'était l'appendicite. En classe, j'ai perdu la tête ... Maintenant, je suis trop sous la volonté de mes parents ... Ils m'envoûtent ... surtout maman ... j'en suis sortie de mon père. Je fais quelque chose, *on m'arrête...* »

Elle exprime tout ceci avec volubilité, affectation, contentement, maniérisme et puérilisme. Elle garde un souvenir très flou de sa première expérience « confusionnelle ».

L'examen somatique est normal. On note une importante boulimie. Le cycle menstruel est régulier.

Une cure de sommeil collective de trois semaines est instituée, avec séances quotidiennes de psychothérapie individuelle.

Nous rapportons ici les propos et les écrits de Mlle P... pendant la cure :

« C'est le rouge qui est venu à moi, comme un grand disque rouge, mais le rouge n'est pas entré en moi. Entre moi et la couleur, il y a quelque chose que je ne peux pas analyser ... C'était une satisfaction d'un état d'âme pour moi que d'aller au-devant des sons ... Je ne vois plus, je n'entends plus, j'ai les oreilles en feuilles de choux, l'impression que mes oreilles s'étalent ... que le conduit auditif s'élargit ... La voix n'est pas nette, mes sens sont ralentis ... La présence physique de mes parents pèse sur moi quand ils sont là, comme s'ils s'appuyaient sur mon corps ... Depuis plusieurs mois déjà, j'avais commencé à analyser mes perceptions, car j'éprouvais une impression de rétrécissement œsophagien ... D'ailleurs, je perdais la mémoire. Je disais en classe : tirez la date, écrivez un trait ... Mes élèves me regardaient ... J'appelais ça de l'amnésie ... Mon père a eu de l'amnésie cérébrale ; à ce moment-là d'ailleurs, j'avais presque réussi à capter son cerveau ... Entre mon frère et moi, il y a eu une lutte d'influence ; il m'a traitée de petit rat ... Cette nuit, j'ai fait un rêve, j'ai vu une façade. Je me souviens d'avoir déjà fait ce rêve-là, il y a quatre ans (départ du fiancé). A cette époque, je ne pouvais plus avaler ... Maintenant, je rétablis la continuité dans le temps. Je cherche à rétablir mon unité, c'est ce que je disais souvent à maman ... Je veux retrouver ma personne, mais ma mère n'aime pas qu'on prenne du plaisir. C'est ainsi qu'elle ne voulait pas que j'arrose les plantes du jardin parce que j'y prenais du plaisir...

« Je vois mes idées pointer et se détacher de moi ... Autrefois, j'étais débordée, je vivais comme un ver, comme une larve, à l'état larvaire. Je ne croyais pas qu'on pouvait être réduit à ce stade-là. La notion du temps avait complètement disparu ... Ma propriétaire est morte ... j'en ai pleuré. Il y a eu aussi l'affaire P..., on a tous été impliqués dans cette histoire-là ; il y a sept ans que cette affaire est dans l'air... »

L'adaptation au groupe a été très bonne. Tout au long de la cure et des séances de psychothérapie, on a pu noter chez P... la lente régression du syndrome d'influence et d'action extérieure. Les impulsions ne l'envahissent plus. Elle se sent plus « libre ». Elle a paru avoir extériorisé dans ses productions oniriques différents problèmes connexes à ses épisodes « confusionnels » antérieurs : elle a éprouvé en rêve certaines impressions qui avaient été celles de ses premières expériences délirantes. Tous les phénomènes hallucinatoires ont disparu pendant la crise. L'état thymique est normalisé. La malade semble établir nettement la frontière entre le monde réel et les particularités de son champ phénoménal ; pourtant, pour l'observateur, le comportement noté est celui d'une « schizophrène ».

Un premier E.E.G., pratiqué à l'entrée, montrait une absence d'organisation des ondes alpha, un tracé plat, rapide et très dysrythmique.

Un second E.E.G., pratiqué après la cure de sommeil, trouve un tracé très différent du précédent avec un rythme alpha de 8 à 9 c/s, bien organisé, continu, ample avec bonne réaction d'arrêt.

Au bout de cette cure de sommeil, P... se dit guérie et retourne dans sa famille à I... (décembre 1956).

Durant les quinze premiers jours, P... a un comportement normal. Cependant, elle adresse très peu la parole à ses parents.

Brusquement, elle est reprise de ses impulsions subites et immotivées à gifler son père ou sa mère, impulsions qui ne lui laissent aucun souvenir. Elle dit à ses parents : « Ne vous occupez pas de mes affaires. J'aurais mieux fait de ne pas venir chez vous. » Puis elle monologue, « cette garce de directrice ». Elle se met à sauter, à se frapper, à se donner la fessée, elle fait la grimace et se contorsionne. Elle est semi-mutique avec ses parents, mais dès qu'il y a un visiteur, elle prend part à la conversation sans « dérailler ». A ces tendances agressives s'ajoutent bientôt des réactions de violence à l'égard des siens et pour la première fois elle manifeste l'intention de se détruire, ce qui motive sa seconde hospitalisation.

• *Janvier 1957 :*

Le bilan d'entrée note la présence d'idées délirantes polymorphes, mal systématisées avec une certaine conscience des troubles de manifestations hystériques et d'un « syndrome oniroïde aigu de type dissociatif ».

P... manifeste des préoccupations hypocondriaques avec troubles de la perception, des cénestopathies multiples :

« Mes organes des sens fonctionnent mal ; tout se tasse, mon dos s'empile ... ma voix recommence à se timbrer ... Pithiviers ... Pithiviers ... Allô ... Allô ... ? c'est ce qui se dit dans ma tête. Cette nuit, j'ai senti une main sur ma tête. »

(On note chez P... des myoclonies du visage et des muscles des membres inférieurs lors de l'endormissement.) Ses propos contiennent quelques *néologismes* : « J'ai l'impression d'être rembarée, c'est-à-dire que les microbes se localisent dans le milieu du dos. » Son activité est « barrée » par la présence d'autrui. « C'est lié au souffle et aux menstruations », conclut-elle. Elle exprime par moments un sentiment de dépersonnalisation qui survient par « crises ». « Par moment, je ne suis plus moi-même. Je suis habitée par un autre sexe. Alors je me frappe, c'est affreux ! » Elle est tantôt exaltée, tantôt découragée. L'E.E.G., à cette époque, montre un rythme alpha à 13 c/s, labile, mal organisé, intriqué de rythmes à fréquence plus rapide.

• *Février 1957 :*

Mademoiselle P... présente de fréquentes *périodes d'agitation*. Elle fait des bonds sur son lit, montre les poings, hurle : « Les gens sont méchants, j'aime mieux mourir », et effraye ses compagnes par ses grimaces. Elle prétend que son père agit par réverbération sur elle, mais qu'elle n'est plus victime de ses influences... Sous-entendus et rires discordants. « Ce matin, j'ai senti comme une idée qu'on me violait. Il a fallu que je me secoue pour chasser cette impression : sur mon corps, je sentais comme si je n'étais plus vierge, alors j'ai sorti un pied de dessous la couverture. Parfois, je vois une autre personne qui me ressemble, sans être moi ; elle est tantôt plus grasse, tantôt plus maigre. Elle est près de moi ... ce doit être mon imagination... » Il y a une légère fuite des idées. L'aspect est exalté, le comportement est *hystérique* ; on note une certaine prégnance

des impressions visuelles, une vive évocation des souvenirs, des réactions vives, voire explosives, sans qu'il soit possible de mettre en évidence de véritables « impulsions » motrices ou verbo-motrices.

Elle écrit une lettre à ses parents. C'est une suite de mots :

« Ça ... un fil qu'on tend ... Besoin crie-hurler ... Contrôle, libéré. Ça fait le plus mal ... au bord de l'évanouissement. Beaucoup de choses ont changé, sans moi ... on ne sait jamais où on en est ... Peur des déceptions. Parents âgés ... autorité ... Il me fait peur en uniforme... »

• Mars 1957 :

Une amélioration se dessine et la conscience semble plus claire, mais ça ne dure pas. Mlle P... écrit à ses parents ; nous relevons quelques phrases qui frappent par la « discordance » qu'elles évoquent :

« J'écoute la radio ... il y a quelque chose que je n'aime pas beaucoup, un air trop scandé ne me parvient pas à l'oreille. J'en inscrirai des bâtons et non des notes ... Le traitement continue ... Bizarre, les subordonnées viennent à l'esprit et je n'emploie pas facilement le complément ... Il faut que je remette en marche mon système de rangement ... En voilà plus que je ne pensais... »

Quelques jours plus tard, le ton devient véhément, mais la liaison des idées est meilleure.

« Je ne bénis pas les jours que je passe ici. C'est dur de ne pas avoir le contrôle de soi-même. Pourquoi ne m'a-t-on pas prévenue d'avance quand tout a commencé. On ne se rend pas compte de l'absurdité dans laquelle on vit. Vous avez eu tort de me faire donner une solution. Vous auriez dû la prendre ... Mais je suis obligée de me décortiquer de tout cela ... Vous devez vous en rendre compte et redoubler de vertu à l'épreuve de ce jour-là. Je parle de votre compte personnel au Jugement Dernier. Je ne sais qui est l'instigatrice de ce vide-sac. C'est quelqu'un qui aime trop le plaisir... »

Sur notre demande, elle écrit sur un petit cahier ce qui lui vient à l'esprit au long des jours : « Hier soir, j'ai examiné comment se tendait le fil de la machine à coudre. Je peux écrire se tend — remarque grammaticale, fonction du verbe regarder, regarder à ? position des chaises dans la salle : le tour de la table dans le sens des aiguilles d'une montre et inversement... »

Malgré ces écrits incohérents pour nous, Mlle P... a, durant ce mois de mars, un comportement paranormal dans le Service.

Le récit de son expérience délirante et hallucinatoire est assez ordonné. Ces expériences sont vécues comme des « *vagues* », des *crises paroxystiques* où ses idées s'embrouillent, une pensée étrangère l'envahit, des voix lui parlent à la deuxième personne, le syndrome d'automatisme mental est complet...

• Avril 1957 :

Devant cette symptomatologie qui prend une *tournure schizophrénique*, on institue un traitement d'insuline, chocs humides avec sept séances d'électrochocs.

Elle écrit son « auto-analyse » au cours du traitement.

« Samedi, ce matin, un peu d'incohérence mentale. Opposition plus nette entre les ombres et les lumières. Je perçois mieux les lignes et les fibres du bois ; meilleure acuité visuelle. Je marche plus rapidement. Les biceps ont besoin d'être retrempés. Progrès de mémoire... »

« Lundi. J'ai mal à la moelle épinière par fractions successives. Sensation de flux au cerveau. Je pense à mon ancien travail mathématique comme à un jeu... »

« Mercredi. Des pleurs, hier et aujourd'hui, sans raison véritable. Je brode un napperon, mais le temps passe trop vite, bien qu'évidemment je préférerais avoir quitté l'hôpital. Depuis deux jours, le bol de menthe est diablement sucré. »

« Vendredi. Je ne sais quoi écrire. J'attends ma famille demain. »

A la fin du traitement, Mlle P... semble stabilisée, Son activité est efficace et régulière. Elle est tout à fait présente à l'ambiance.

• *Juin 1957 :*

Dix-huit jours après l'arrêt du traitement, une *rechute* progressive se dessine : elle s'agite en faisant sa toilette, semble parler à une personne invisible, gesticule, puis se calme. Elle dit ensuite : « Je n'étais plus qu'un cadavre ... Je n'étais plus libre de mes mouvements... » Les stéréotypies gestuelles, les attitudes d'écoute, les gesticulations théâtrales réapparaissent avec paroxysmes d'anxiété et de turbulence. On note à nouveau l'automatisme mental, la reviviscence incoercible de souvenirs ; la dépersonnalisation est ressentie péniblement et par crises. On reprend un petit nombre d'électrochocs et le largactil qui ramène une rémission stable cette fois.

• *Juillet 1957 :*

Mlle P... a repris une activité laborieuse et cohérente. L'automatisme mental, le sentiment de dépersonnalisation, les néologismes ont disparu. Elle conserve seulement l'impression très vague, très lointaine d'une voix qui lui parvient d'une pensée qu'on essaye de lui communiquer.

• *Fin juillet 1957 :*

Quitte le Service avec ses parents.

Chez elle, Mlle P... prend bien ses médicaments. Elle a encore quelques manifestations impulsives à l'égard de ses parents, mais modérées.

On refuse de la reprendre dans l'enseignement.

En décembre 1957, on propose de l'affecter à un emploi de rédactrice à l'Inspection Académique de X..., pour un essai de trois mois.

Elle accepte et occupe cet emploi à dater de février 1958.

Quelques mois plus tard, on nous adresse un rapport circonstancié des événements :

« Pour aider sa mise en confiance, Mlle P... s'est vue attribuer des tâches faciles. Elle fut installée avec d'autres employées qui ignoraient la maladie

antérieure de l'intéressée dans une pièce claire et accueillante. Les premières semaines, son comportement est normal. Mlle P... recevait aimablement les clients, leur donnait des renseignements voulus avec clarté et précision. Elle montrait dans son travail une application certaine et un esprit de méthode de bon augure. Le rendement cependant était lent. En outre, connaissant à peine ses collègues, Mlle P... éprouvait le besoin de raconter ses ennuis et ses malheurs sans pudeur ni discrétion : elle a eu une maladie vénérienne héréditaire. Elle a subi des soins épouvantables qui l'ont prostrée comme une bête. Son fiancé a rompu avec elle, mais elle doit se marier avec un médecin ... Tous ses sens sont annihilés... »

Au mois de mars, Mlle P... se mit à pleurer souvent, sans raison. Les horaires de travail ne furent plus respectés. Elle restait des heures debout dans le couloir à sangloter. En même temps, la logeuse de P... nous prévint que sa locataire poussait des hurlements et trépignait dans sa chambre presque toutes les nuits. Au bureau, elle se mit à gesticuler, à marteler les murs de ses poings, à relever ses jupes jusqu'à la ceinture. Ses propos étaient tantôt cohérents : « A certains moments, je ne peux plus contrôler mes nerfs », tantôt bizarres : « Tout cela est de la faute de mon père qui a profité de ma faiblesse pour m'imposer des idées que je n'avais pas. » Ses esclandres deviennent de plus en plus violents. Elle est allée passer les vacances de Pâques chez ses parents, d'où elle doit se rendre à notre consultation...

• *Avril 1958 :*

Elle vient seule et est hospitalisée pour la troisième fois.

Mlle P... se plaint d'engourdissement, de pensées impulsives, de forces obscures. On note une obtusion, des tendances à la pensée automatique par défaut de concentration et de direction de la pensée. Mlle P... fait un récit chaotique de ses expériences délirantes et hallucinatoires : emprise par le maire de..., viol de la pensée par son propre père, sentiment d'avoir été possédée par lui, le tout noyé dans un fond d'anxiété peu différencié et peu thématique.

• *Mai 1958 :*

Les crises d'*agitation anxieuse* sont fréquentes. On note une substitution totale du père à sa propre personnalité ; elle profère des menaces à l'égard de ce père persécuteur.

« Il m'a tellement commandée ; leurs idées politiques et religieuses sont contre moi. J'ai l'impression de ne pas avoir ma majorité. Il faut en finir avec mon père ou il va y avoir du sang versé. Je n'existe plus, il a pris ma place. » Enfin, Mlle P... est désorientée dans le temps et dans l'espace.

• *Juillet, août, septembre 1958 :*

L'amélioration se dessine. Elle est vécue comme une « reprise d'elle-même ». Mlle P... coopère bien aux entretiens psychothérapiques ; elle s'exprime sans barrage. La critique des troubles est excellente.

• *Octobre 1958 :*

A la réduction du Nozinan succède une petite rechute : difficulté d'élaboration de la pensée, troubles cénesthésiques. Mais Mlle P... reprend vite le dessus. Les petits congés se succèdent et sont satisfaisants.

Pourtant, l'Académie s'oppose à sa réinsertion dans l'enseignement ; aussi craignant pour Mlle P... l'action « pathogène » du milieu familial, nous la gardons dans le cadre hospitalier. Elle enseigne aux jeunes, les résultats sont favorables. L'amélioration se maintient jusqu'en décembre 1959, date du retour chez ses parents.

Comme nous le redoutions, le séjour chez les parents a été à l'origine d'une situation conflictuelle, de l'asthénie, de la tristesse apparaissent. Mlle P... a l'impression de « revivre des épisodes anciens effectivement vécus par elle, qui défilent comme sur un écran », sur un fond de tonalité triste.

• *Fin février 1960 :*

Quatrième hospitalisation : Mlle P... s'exprime avec lucidité et se plaint de n'avoir pas pu reprendre son travail, en rend ses parents responsables.

Au cours des mois de mars, avril et mai, Mlle P... présente quelques éléments confusionnels vécus dans une atmosphère intermédiaire entre le rêve et la réalité : elle se frappe « pour ne pas frapper les autres » ... Elle s'écorche « parce qu'elle a la peau trop douce » ... Elle conserve quelques impulsions très brèves, pulsions motrices : elle ouvre la bouche, se met à mâchonner, étend violemment le bras.

Les mois de juin et juillet apportent une rémission stable, et Mlle P... quitte l'établissement. (L'E.E.G. n'a montré aucun élément de la série comitiale.)

A la rentrée des classes de l'année 1960-1961, Mlle P... obtient un poste d'enseignante dans un cours préparatoire à B...

Pendant une année, tout va bien. Le premier trimestre scolaire de l'année 1961-1962 se termine, lorsque nous recevons une note concernant le comportement de Mlle P... Nous apprenons les faits suivants : en classe, retards fréquents, absence d'emploi du temps, de discipline, cahiers très sales, somnolence, grimaces et gesticulations. Dans son logement, cris, paroles prononcées à travers le trou de la serrure et propos bizarres : « Chair et sang. » Dans la nuit du 1^{er} janvier, Mlle P... vit dans l'angoisse et la terreur, une expérience délirante et hallucinatoire paroxystique.

• *Février 1962 :*

Une mise en observation, à la suite de démarches de son inspecteur, la conduit pour la *cinquième fois* dans nos Services.

Mlle P... nous relate son expérience par écrit, en réponse à notre questionnaire.

— *Que s'est-il passé avant le 1^{er} janvier ?*

— Un élève a menacé de me casser une bouteille sur la tête. La directrice, une paire de ciseaux à la main, a menacé de me percer les yeux.

— *Que s'est-il passé le 1^{er} janvier ?*

— Je commençais à m'éveiller quand j'ai saisi des bruits de pas dans le couloir.

— *Où étiez-vous ?*

— J'étais au lit, c'était avant le passage du train de voyageurs de 6 heures.

— *Qu'avez-vous entendu ?*

— Trois personnes se sont présentées, probablement de la même famille : père, mère, enfant.

— Le père : « Les vœux là-dedans ! Employé des services postaux de la mairie ! Pas de réponse ? (un pas vers la porte en face). C'est bien là qu'elle doit habiter. En tous cas, je vais essayer de cambrioler l'autre côté. Il y a un homme là-dedans ! Pas moyen de tourner la serrure ! Je me demande comment c'est fermé. Je vais faire une déclaration à la mairie. Voilà trois jours que je guette et que je ne la vois pas. Sûrement elle décroche, il faut prévenir ! »

— La femme : « C'est peut-être le logement plus loin. Mais impossible d'avancer, il y a de la peinture fraîche. Je t'en prie, abandonne ! Je vous obligerai, si vous êtes là, de faire un traitement pour B... En cas de malheur, je saurai soutenir mon mari d'un petit verre... »

— L'enfant : « Je dirai tout. Je ne veux pas que papa aille en prison. »

— Le père : « Je t'assure, si c'était elle, je n'hésiterais pas à la violer (violer et non voler, précise Mlle P...) »

« Il y a de l'argent là-dedans ? Non, rien du tout ! Je reviendrai pour m'en assurer. » Dernière réflexion : « Il y a de la chair là-dedans ? »

— Description des personnages : l'homme était de taille moyenne, plutôt mince ; la femme, plus corpulente et imposante ; l'enfant avait sept ans.

— *Les avez-vous vus ?*

— Non, puisque je n'ai pas ouvert.

— *Qu'en pensez-vous ?*

— C'était en définitive une plaisanterie de mauvais goût, mais je pense que cet homme aurait été satisfait d'avoir de l'argent et de le trouver lui-même au besoin. Je n'ai pas répondu à la sommation d'ouvrir.

— *Des événements similaires ont-ils eu lieu depuis ?*

— Aucun événements entendu ni vu. Il semblerait, d'après ces gens, qu'on ne m'inquiète plus à l'avenir.

Mlle P... est calme dans le Service. Aucun trouble du comportement, aucun délire n'est extériorisé ; elle est souriante, s'exprime avec facilité ; cependant, elle ne critique absolument pas l'épisode délirant du 1^{er} janvier : « C'était une plaisanterie de leur part. »

On entreprend un traitement par la trifluopérazine. On prévoit une observation d'une quinzaine de jours, après laquelle on pense pouvoir juger de la possibilité de la reprise de travail.

• Mars 1962 :

Mlle P... arrive à critiquer son expérience délirante ; il y a un oubli partiel des circonstances précises de son délire. Elle est active.

« En faisant la classe, je lisais les mots et en entendais d'autres. C'est comme si en moi quelqu'un pensait à quelque chose. Je ne voulais plus me regarder dans la glace, je me dégoûtais, je passais mon temps à dormir ... Maintenant, je me souviens que je me suis demandée si je rêvais. Peut-être s'agissait-il de la période entre le sommeil et le réveil (ce moment où l'on confond le rêve et la réalité). »

Elle critique sa relation étroite des faits, elle se rend compte qu'elle a décrit des personnages, alors qu'elle n'a pas pu les voir puisqu'elle n'a pas ouvert.

« Ça ne pouvait donc être qu'une illusion ou un rêve. La preuve que j'ai cru que c'était vrai, c'est que le lendemain, j'ai attendu avec angoisse qu'ils reviennent pour me confirmer dans mes craintes. »

• Mars 1962 :

Mlle P... sort guérie et reprend son poste d'enseignante à B...

Depuis, nous la suivons régulièrement en post-cure. Elle se montre très coopérante, très attentive à tout. Elle nous paraît normale en ce sens qu'elle n'a plus aucune activité délirante ou hallucinatoire. D'ailleurs, le souvenir des événements aigus s'est estompé ; cependant, il persiste une hyperémotivité avec pleurs à l'évocation de ses difficultés passées. L'aspect physique est celui d'une myxoédémateuse, bien que les métabolismes de base pratiqués à chaque séjour n'aient montré aucune perturbation ni dans un sens ni dans l'autre. Les téguments sont infiltrés, la peau est épaisse et séborrhéique, la chevelure est grise et clairsemée. Mlle P..., depuis son premier séjour, a grossi de 14 kg. Son aspect évoque la lenteur et une certaine mollesse que viennent pourtant infirmer une intelligence vive et une conversation animée de prompts réparties.

Il semble que l'on puisse conférer au choc affectif dû au départ de son fiancé, la valeur de point de départ des troubles de Mlle P... Après des états de *tension intérieure*, passés inaperçus pour l'entourage, survient une bouffée délirante étiquetée de « confusionnelle »... pour laquelle elle bénéficie d'une cure de sommeil collective, qui amène une bonne rémission des troubles et la sortie. Mais pour Mlle P..., l'entourage familial constitue un milieu nettement pathogène : rechute rapide en l'absence de traitement.

Lors du second séjour, le tableau clinique est *oscillant* et Mlle P... semble entrer progressivement dans un état de *type schizophrénique* avec repliement sur soi-même, monologues, apragmatisme et impulsivité. Les certificats concluent à une « *schizophrénie incipiens* » en phase processuelle, avec tendance à la formation autistique du délire mais sans que celui-ci soit constitué pour autant. Cette tendance à l'évolution vers une détérioration secondaire motive l'institution d'un traitement par l'insuline : chocs humides. La rémission est rapide, mais une légère rechute s'amorce à l'arrêt du traitement, faisant instituer du Largactil associé à quelques séances de sismothérapie.

A sa sortie, Mlle P... prend régulièrement ses médicaments (Largactil), mais elle retrouve le *milieu pathogène*. On refuse de la reprendre dans l'enseignement, mais on lui offre un emploi qu'elle accepte... de mauvaise grâce, car ce poste représente une rétrogression vers un niveau inférieur dans l'échelle sociale.

Le troisième séjour, nous l'avons vu, va durer plus longtemps. On parle de « psychose délirante dissociative » évoluant sous forme d'accès délirants épisodiques.

Le diagnostic demeure incertain. S'agit-il de manifestations *hystériques* ? Les troubles sont-ils de nature « *épileptoïde* », étant donné la brusquerie des décharges délirantes ou des impulsions motrices ? Mlle P... a toujours manifesté un certain détachement à l'égard de son comportement impulsif. On pouvait se poser la question de la nature de ces troubles : impulsion de schizophrène, d'hystérique ou d'épileptique ? Les investigations électro-encéphalographiques ont montré : l'absence de décharges paroxystiques évoquant une comitialité. Les tracés objectivent un rythme alpha organisé avec bonne réaction d'arrêt correspondant aux phases d'amélioration clinique contrastant avec un tracé dysrythmique, plat avec morcellement du rythme alpha, correspondant aux phases d'aggravation clinique.

Au cours de ce long séjour, on approfondit le *contact psychothérapique* qui vise à faire accepter par Mlle P... cette hospitalisation qui se prolonge, à lui fournir les bases d'une meilleure critique de son expérience délirante, à l'amener à retrouver un contact plus solide avec la réalité. Les résultats se révèlent encourageants.

L'année entière passée à l'hôpital, la reprise d'une activité dirigée d'enseignante confirment pleinement ces résultats.

Mlle P..., à sa sortie, reprend enfin pour la première fois depuis le début des troubles, un poste d'institutrice. Ce souci constant d'exercer à nouveau dans l'enseignement, afin de s'assurer une activité dépendant de son initiative et lui permettant une vie hors du milieu familial, montre une certaine capacité pragmatique. Ceci nous autorise à éliminer un trouble dissociatif.

Elle enseigne toute une année. Une courte rechute survient, vite jugulée par la Trifluopérazine.

Pour les uns, il s'agit d'une névrose pré-schizophrénique à évolution intermittente. Pour H. Ey, le tableau clinique est celui d'une *psychose délirante aiguë à rechutes*, sans troubles de la personnalité entre les crises.

Les troubles ont évolué sous forme paroxystique avec tendance à la rémission stable. La recrudescence parahypnique des troubles est particulièrement notée au cours de la dernière expérience délirante.

Depuis plusieurs années, on a noté des progrès sensibles et constants malgré cette dernière rechute, stabilisée à un niveau supérieur au niveau atteint lors des séjours antérieurs.

EN CONCLUSION

Nous pensons, comme H. EY, qu'il s'agit d'un état névrotique et hystérique qui se décompose en « bouffées délirantes et hallucinatoires aiguës » avec événements schizophréniques parfaitement résolus.

OBSERVATION N° 3

Michèle L... est née en 1937, de parents tous deux instituteurs. Elle est fille unique. Les troubles débutent à l'âge de dix-sept ans. Michèle a toujours été morose, peu gaie, peu expansive. Elle semble n'avoir jamais été affectueuse avec sa mère, à part quelques très rares élans spontanés. Elle s'entend mieux avec son père.

Son caractère s'est modifié à l'âge de douze et, depuis, elle est devenue plus renfermée, très difficile. Elle manifeste en outre une hostilité ouverte à l'égard de ses parents.

Les antécédents héréditaires ne montrent aucune anomalie dans l'ascendance paternelle, mais du côté de la mère qui présente un type et un caractère nettement schizoïde, on retrouve un grand-mère qui aurait présenté tardivement des troubles mentaux non aigus.

L'enfance de Michèle n'est pas marquée de maladies autres que bénignes. On a cependant la notion d'une chute de la hauteur d'un premier étage à l'âge de quatre ans, à laquelle aurait succédé une « jaunisse émotionnelle ».

Michèle suit régulièrement les cours d'un collège à R... En sixième, c'est une excellente élève ; en cinquième, une bonne élève ; en quatrième, une assez bonne élève ; en troisième, une très mauvaise élève.

Elle a alors des rapports intimes avec un garçon de seize ans, vite interrompus par les parents. Elle redouble sa troisième de façon satisfaisante et continue brillamment sa seconde en 1954.

• Mai 1954 :

C'est à cette date qu'éclate la première « crise » délirante aiguë qui motive le premier internement.

L'humeur est dépressive. Elle prétend avoir été renvoyée du collège par sanction disciplinaire ; dit avoir fait des bêtises avec un garçon et être enceinte. A l'hôpital même, elle fait une tentative de suicide (défenestration), et l'on pratique une série d'électrochocs qui amène une rémission transitoire.

Elle sort au bout de deux mois.

• *Août 1954 :*

Survient la deuxième « crise » aiguë. Elle prétend qu'elle a été témoin d'un crime ; elle a vu des cadavres sous sa maison ; elle veut écrire un roman policier ; on veut attenter à sa vie.

Ces idées délirantes motivent un séjour d'un an dans une maison de santé de la région parisienne. On lui pratique tour à tour électrochocs et cures de Sakel. A sa sortie, la rémission est instable.

• *Juillet 1955 :*

Un nouvel accès survient : Michèle tente de se jeter d'un troisième étage. Elle ne reconnaît plus ses parents. Dans une pharmacie, elle raconte qu'elle a fait l'objet d'un rapt et réussit à alerter un commissariat. Elle pense que les siens portent un masque.

Elle est hospitalisée à plusieurs reprises et dans des endroits variés.

Jusqu'en février 1958, date à laquelle elle est adressée à nos Services. Michèle est *taciturne*, souvent *violente* avec bris de vaisselle, irritabilité. Elle est assaillie d'idées obsédantes. Elle est incapable de suivre les cours. Elle fait quelques *fugues* nocturnes et présente de fausses reconnaissances, de façon épisodique. Les conflits familiaux entraînent des réactions de plus en plus violentes, motivant la quatrième hospitalisation dans la région parisienne, d'où on nous l'adresse.

• *Février 1958 :*

Lorsque nous la voyons, elle présente donc son quatrième épisode délirant et a déjà subi comme traitement : trois cures de Sakel et trois séries d'électrochocs.

Michèle est mince et jolie. Son type est asthéo-longiligne, sa voix et son langage sont précieux. Elle semble assez réticente. On note quelques stéréotypes, un syndrome d'automatisme mental (on devine sa pensée), une certaine discordance, des propos délirants à thème familial : viols répétés par le père.

Elle déclare que ses troubles nerveux sont consécutifs à une fausse-couche faite à l'âge de dix-sept ans. Comme preuve, elle nous montre une cicatrice au bas du dos (inexistante) et demande qu'on en fasse la preuve par des radios des seins. Elle rend ses parents responsables de tous ses troubles et de la fausse-couche.

« Ils ne me comprennent pas, ils m'ont traitée de monstre. Ma famille faisait une pression morale. On m'a couvée, j'ai plus de vingt ans et ne suis allée que trois fois au cinéma ! C'est ma famille qui a voulu que j'aie cet enfant ; mais j'étais très pure. On faisait des pressions morales, on me mettait au rebut. Ils avaient une attitude comme si je les avais accusés de ça. Si cette chose n'avait pas eu lieu, ils n'auraient pas eu cette attitude. C'est ça la pression morale. Je ne suis bien que loin de ma famille, elle m'opprime. Pour moi, c'est une question de raisonnement. Je suis certaine d'avoir été violée, c'est un souvenir physique, quelque chose qu'on ne peut inventer.

« A dix-sept ans, j'étais vierge, maintenant je suis comme un vieux troupiér. On m'a violée souvent quand j'étais chez moi, mineure. Des jeunes gens à M... en ont parlé. On m'a traitée tout haut de criminelle. C'est une question de raisonnement. Je ne veux plus voir ma famille. Quelque chose de terrible m'est arrivé au point de vue sexuel. »

Suivie en psychothérapie de groupe, Michèle narre la complicité de ses parents et des médecins appointés par eux. Elle extériorise plus tard un « complexe d'infériorité » :

« Au début, c'était moi qui l'avais ; mais plus tard, ce sont les autres qui m'ont isolée. Mes parents ne m'ont pas aidée dans les problèmes religieux et sexuels... »

• *Fin mai 1958 :*

Michèle fait une fugue, au cours d'une sortie régulière. Elle retourne en auto-stop chez ses parents qui la ramènent le lendemain. Elle ne veut pas rester à l'hôpital.

On organise son emploi du temps, qui se partage entre le travail à l'atelier de reliure et les groupes d'expression ou de peinture.

Son comportement est stable, mais Michèle est toujours renfermée. Elle est exacte aux horaires de travail, précise dans ses activités, mais opposante de temps à autre.

Elle paraît plus affectueuse avec ses parents, lors de leurs visites.

• *Juillet 1958 :*

L'ensemble des tests s'accordent pour reconnaître :

L'allure *pithiatique* des troubles, une intelligence bien supérieure à la moyenne, l'évocation d'un traumatisme sexuel important, ou tout au moins ressenti comme tel, d'importantes réactions de défense et ... de dissimulation.

L'amélioration se maintient tout l'été, amenant sa *sortie* en octobre 1958 (largactil).

Michèle part faire un séjour à la montagne. Au bout d'un mois, elle revient chez les siens. Elle rejette toute idée de travail et se complaît dans une oisiveté permanente. Les conflits familiaux reprennent. Michèle reproche à ses parents d'avoir « ignominieusement tué ses grands-parents ».

Elle *revient* donc en janvier 1959.

• *Janvier 1959 :*

L'agressivité à l'égard de ses parents atteint le point culminant. Les paroles sont haineuses, hostiles. La méconnaissance de la maladie est totale. Le langage de Michèle est flou ; on note des réponses à côté, une psycho-rigidité avec ambivalence et indifférence.

Le comportement est satisfaisant dans le cadre intra-hospitalier, malgré une tendance paranoïaque (elle n'accepte pas n'importe quel travail). Elle brûle les

lettres de ses parents sans les ouvrir. Elle continue à s'isoler. Elle travaille toujours seule, sans s'associer à qui que ce soit. Le contact demeure difficile. Les propos sont acerbes et ambivalents. Elle ne pense qu'à elle, ne parle que d'elle.

• *Mars 1960 :*

Le Docteur H. Ey note que « le contact est bon sur le plan des difficultés quotidiennes de son existence et de ses projets, à condition que ceux-ci demeurent lointains et vagues. Elle exprime l'idée de sortir ... par seul souci d'indépendance. Elle aime tout le monde dans sa généralité, mais personne en particulier. Sa position existentielle est celle-ci » :

« Je suis heureuse ici à condition de tout oublier, de me refuser à parler du passé et d'être séparée de ma famille. Elle donne l'impression d'avoir reporté sur le Moi inconscient tout le délire antérieur. »

Pendant un an, les petits congés succèdent aux petits congés. On sent que Michèle est encore lointaine. Son attitude est guindée et hautaine.

• *Avril 1961 :*

On assiste à la réduction du délire.

« C'est de la maladie, tout est arrêté pour moi ; je ne me rappelle pas ce qui s'est passé, c'était un cauchemar. Il n'y avait pas de différence entre ce que je rêvais et une pensée de la veille. »

Pourtant, on perçoit encore une réticence calculée avec tendance à la mémorisation et la rationalisation des conduites pathologiques passées. Elle désire ne pas trop parler de tout cela. Quelques idées délirantes sous-jacentes persistent : « Irruption fugace de phantasmes sexuels de malformation. »

La conduite est mieux adaptée. Les réactions avec les parents sont bien normalisées. Mais Michèle reste assez impénétrable au point de vue psychothérapique. Elle conserve intact le souvenir de l'expérience primaire de viol et de la complicité de ses parents.

Michèle est entrée dans nos Services avec le diagnostic de « *schizophrénie incipiens* », évoqué par les idées délirantes mal systématisées, le comportement autistique, la méconnaissance systématique de l'état morbide. L'hypersthénie, l'agressivité verbale faisaient parler d'« épisodes paranoïdes à rechute ».

« L'évolution des troubles s'est faite vers une psychose schizophrénique. Les thérapeutiques alliées à la psychothérapie ont amené une rémission stable. »

Pour notre part, nous ne sommes pas convaincus qu'il s'agissait d'une schizophrénie confirmée. Nous pensons plutôt qu'il s'agissait de bouffées délirantes et hallucinatoires aiguës survenant sur un fond de schizoïdie, voire d'hystérie, avec tendances paranoïaques.

Cependant, il est possible que ces bouffées délirantes intriquées aient eu la valeur d'un début de schizophrénie.

Au moment des épisodes délirants, nous avons pensé qu'il semblait s'agir plus d'une déstructuration de la conscience que d'un trouble dissociatif de la personne avec perte du contact avec la réalité. Les thèmes délirants sont polymorphes : thèmes sexuels et macabres... et le contenu délirant est en rapport avec le vécu réel de la malade : problèmes et expériences sexuelles vite interrompus par les parents. Presque tous les critères de H. Ey en faveur des psychoses délirantes aiguës sont retrouvés, sauf la recrudescence parahypnique des troubles, ainsi que l'atmosphère d'état crépusculaire de la conscience.

Si, dans les moments de surtension psychique, on voit surgir des signes de la série schizophrénique, nous n'avons pas « l'impression » d'être en présence d'une schizophrène : le contact est bon, il y a une critique objective des idées délirantes.

Quand Michèle sort en mars 1962, on peut dire qu'elle est guérie depuis un an. Toute hostilité a disparu. Seule persiste une légère tendance à la paresse et à l'oisiveté.

Depuis deux ans, la rémission se maintient. Le recul est évidemment insuffisant pour préjuger de l'avenir.

OBSERVATION N° 4

P... est une jeune fille hindoue née à Paris, actuellement âgée de trente-quatre ans. Elle se trouve être l'aînée de deux enfants. Sa mère est décédée des suites de couches du deuxième enfant.

Son père et son frère sont en bonne santé. Dans la famille, un oncle aurait présenté un état dépressif durant quelques années, sans jamais être interné pour autant. La mère de P... a eu une première grossesse normale, mais l'accouchement fut difficile. P... devait se développer normalement jusqu'à vingt et un ans. Mais un grand nombre d'affections, survenant à intervalles rapprochés, marquèrent son enfance : à cinq ans, une bronchopneumonie ; à six ans, une rougeole ; à sept ans, une coqueluche ; à dix ans, la varicelle ; à onze ans, une appendicite aiguë suivie d'appendicectomie ; à quinze ans, une fièvre typhoïde suivie immédiatement d'une primo-infection tuberculeuse avec érythème noueux ; les oreillons à seize ans ; enfin, à dix-sept ans, une pleurite. P... est réglée depuis l'âge de douze ans, mais les menstruations sont irrégulières, fréquentes et peu abondantes.

Malgré ces nombreuses maladies, P... est d'une intelligence supérieure à la normale. Elle acquiert une culture générale assez poussée. Ses résultats scolaires sont brillants : bachelière à seize ans, licenciée en droit à dix-neuf ans, elle se prépare à passer le doctorat. Elle s'intéresse à tout et lit énormément.

• *Août 1949 :*

Avant août 1949, date du début des troubles, c'est une jeune fille douce, émotive, imaginative, au caractère un peu renfermé. Cependant, elle a de nombreux amis, elle sort beaucoup, voyage et pratique activement la natation et le cyclisme. Elle aime son entourage. Elle voue à son père un amour exclusif et exagéré.

On note quelques déceptions sentimentales : le père refuse une première décision de mariage de sa fille avec un étudiant de rencontre, sans situation. Elle travaille plusieurs mois comme secrétaire à P..., perfectionne sa connaissance des langues, voyage en Angleterre.

Elle éprouve un « coup de foudre » pour un cousin qu'elle ne voit que quelques jours.

Au mois d'août 1949, elle est fatiguée par ses nombreux voyages et, voyant un jour son père évanoui, elle en est vivement émotionnée.

Dès lors, les premiers troubles apparaissent. Ils débutent par des *douleurs cervicales*, des *insomnies*, des *angoisses* et motivent un premier séjour dans une clinique privée où l'on note :

— un état mélancolique délirant avec auto-accusation, douleur morale, sentiments de culpabilité et craintes de l'avenir.

Une première cure de sismothérapie de douze séances n'amène qu'une aggravation : sentiments d'indignité et idées d'autolyse. Elle présente, en outre, une attitude discordante d'où émergent de façon épisodique une activité hallucinatoire avec incohérence idéo-verbale, une activité autistique tumultueuse, des troubles dissociatifs avec barrages, mutisme, ambivalence et maniérisme.

Une cure de Sakel de 44 comas avec 11 cardiazols sous coma et une nouvelle série d'électrochocs amènent une rémission qui s'avère peu stable en vérité.

• *Mars 1950 (première hospitalisation) :*

Une lettre d'un confrère précède son arrivée dans nos Services : « Etat dépressif atypique, sans signe de discordance, mais avec polymorphisme des idées exprimées et instabilité motrice. La persistance d'un bon contact avec l'interlocuteur, la prédominance d'états affectifs anxieux avec douleur morale profondément ressentie, la conservation de sa tendresse pour les siens sont, malgré un certain degré d'incohérence, des signes permettant d'espérer une amélioration ultérieure, voire une guérison vraie. On ne peut pour l'instant parler de schizophrénie. Peut-être ce diagnostic sera-t-il à envisager plus tard ? »

Dans ses propos des premiers jours, on peut noter :

« Je suis née en Chine ... Je pensais trop ... Je ne faisais rien ... Je pensais en moi-même, c'était une vie tout intérieure ... J'ai fait des études, une licence de droit, mais je n'ai pas envie de m'en souvenir ... Mes parents sont malheureux à cause de moi ... parce que je suis une fille perdue et retrouvée pour eux ... C'est comme un rêve ... Ça a été comme un cauchemar ... Rien ne m'intéresse. Ça ne vient pas de moi ... On me parle dans la tête quelque-

fois des choses bizarres ... Je ne voudrais pas revenir comme avant ... Je pensais trop. Vous me renvoyez ce que je dis ... Comme une balle ... et ça revient contre moi. Je voudrais bien connaître mon état ... Mais je ne puis porter de jugement sur moi-même. Je veux mourir. Faites-moi un choc. J'ai la certitude que ce choc va m'achever... »

L'examen physique est normal. On note seulement quelques myoclonies du visage (commissures labiales) et de la langue.

Deux électrochocs n'amènent aucune modification : les crises d'agitation sont fréquentes. Dès qu'une porte s'ouvre, elle tente de s'enfuir pour se suicider (veut se jeter dans la rivière), l'incohérence, l'apragmatisme persistent, entrecoupés d'impulsions violentes et agressives.

On pratique une nouvelle cure de Sakel (25 comas). Au cours de la cure, on note ses propos :

« J'ai eu des chagrins sentimentaux ... J'étais fiancée ... Maintenant, je suis dégoûtée de tout ce qui est masculin. Je ne veux pas me marier. Je redoute et me dégoûte de tout ce qui est sexuel. J'ai toujours été idiot ... de naissance ... L'instruction et l'intelligence sont deux choses différentes. »

Après la cure, l'amélioration est spectaculaire et se maintient, permettant en septembre 1950 sa sortie.

• *En été 1953 :*

Nouvelle déception sentimentale : P... voulait se marier avec un garçon atteint de troubles mentaux.

Nouveau séjour en clinique privée en mars 1954. Troisième cure de Sakel : 60 comas et 2 cardiazols.

Depuis sa sortie, pourtant, P... s'était complètement rétablie. L'adaptation aux normes sociales et la régularité de son comportement font parler de bonne rémission pendant trois ans et demi.

• *Août 1954 (deuxième hospitalisation) :*

En quelques jours, réapparaît un syndrome polymorphe avec quelques traits dissociatifs, semi-mutisme, rires immotivés et quelques idées de persécution. P... a fait une tentative de défenestration. Ses propos sont décousus et incohérents : « lutte entre le Bien et le Mal » ; son attitude est teintée de puérilité, d'indifférence et de maniérisme. Le comportement est désordonné : la malade se couche dans son lit, à demi-devêtue. Elle jette ses fruits à terre, puis les ramasse pour les entamer partiellement. Elle est en proie à des impulsions auto-destructrices : elle se cogne violemment la tête contre les carreaux. Episodiquement, elle casse les carreaux avec ses poings et repousse l'interne en le menaçant avec des éclats de verre. D'autres jours, elle reste étendue, immobile sur son lit, le regard fixé au plafond et monologue d'une voix monocorde : « La solution est impossible. Je voudrais être anxieuse ... avoir la roulette ! »

Cet état d'ambivalence, d'incohérence idéo-verbale, d'alternance de manifestations impulsives et d'immobilité semi-catatonique se prolonge sans changement

jusqu'à la fin du mois d'octobre. On pratique alors une nouvelle cure de Sakel (15 comas).

Au cours de la cure, P... présente une tendance à la graphomanie et nous rapportons ici quelques-uns de ses écrits : deux lettres adressées au Docteur H. Ey et une auto-analyse.

— *Première lettre* :

« Docteur, solliciterais changement de chambre, place vacante. Serais heureuse d'avoir réponse affirmative. Stop. Nette amélioration que vous pouvez constater. Plus de place pour ranger mes affaires dans cette chambre et m'adonner à des occupations féminines. »

— *Deuxième lettre* :

« Docteur, trouve le traitement d'insuline énervant au possible. Ai des cauchemars la nuit et aimerais que cela cesse. Que me conseillez-vous ? Mystère pour l'instant. En attendant une réponse à ce mot, je m'endors pour la quatrième fois. »

— *Troisième lettre* :

« C'est un exposé de mes cauchemars passés que je désire vous faire ici : exposé aussi bref que possible car leur intensité était telle que j'ai peur de les revivre et d'en être obsédée en les narrant longuement.

I — « L'horreur commençait à la tombée de la nuit, laquelle me donnait l'impression d'être d'une lenteur hideuse et indéfinissable. Mon frère commençait (au moment où l'infirmière éclairait la cellule pour s'assurer de notre présence) par devenir un fil électrique dont je réglais la tension.

II — « C'était ensuite le domaine sombre des voix ensorcelantes : "Promets-nous le Nirvana, la jouissance infinie ... et si tu ne tiens pas tes promesses, ton père brûlera..." »

III — « Ce qui ne manquait pas d'arriver rigoureusement chaque nuit. J'en garde d'ailleurs rancune au Dr B... qui ne prenait pas la chose au sérieux. Soyez plutôt maçon si c'est votre talent "semblait très bien s'appliquer à lui". »

IV — « Quand papa brûlait, je m'endormais avec la haine au fond de l'âme et l'impression d'avoir lutté "up to exhaustion". J'avais envie de pleurer, de crier ma souffrance et je ressuscitais continuellement un père livide, sanglant, hagard, que je sortais des flammes avec l'énergie du désespoir. Une douche d'eau froide m'aurait alors fait du bien et peut-être donné le sens des réalités.

V — « Au milieu de mon agonie de cauchemars, le duc d'Edimbourg faisait son apparition. C'était la note de soulagement attendue. C'était un souffle pur qui emportait un père carbonisé et sa fille folle. Il était très beau et j'avais l'impression de pouvoir m'appuyer sur sa force et plaider avec ma faiblesse.

VI — « Je soutenais cette plaidoirie, parfois perdue, parfois gagnée, pendant la durée de la journée et l'intervalle des repas. Je me trompais sur l'identité de tous. Le Dr E... devenait nuage (probablement des réminiscences de Massenet). Le Dr B... incarnait une science mathématique en laquelle seule j'avais foi, pour arrêter les 100.000 degrés de mon papa ... C'est dans cet état que le transfert a été décidé et le traitement d'insuline repris. Depuis, je trouve tout le monde charmant. Je vous ai déjà fait part de mon désir de changer de religion et ne plus considérer le feu comme symbole, comme il est convenu de le faire quand on a comme prophète Zoroastre. La religion catholique offre tellement plus d'attraits. Elle représente la foi qui sauve, alors que la mienne me rappelle une damnation que j'ai l'impression de n'avoir pas méritée... » (Ecrit après le onzième coma insulinaire.)

Une bonne rémission succède aux comas insuliniques qui permet à P... de rentrer dans sa famille. Elle y passe un congé d'une semaine. A son retour, elle est bien.

• *Fin 1954*

L'année 1954 s'achève et, à la fin du mois de décembre, P... passe aide-soignante. L'adaptation sociale paraît alors d'une telle qualité dans le cadre de l'hôpital qu'on la considère comme rétablie.

• *Année 1955*

L'année 1955 se passe aussi bien. La conduite est stable, le travail efficace, la participation à l'ambiance sociothérapique active. Elle fait partie du groupe d'expression dont elle est le véritable leader. On la sent très attachée à l'entourage hospitalier. Elle travaille aussi comme secrétaire et donne des cours d'anglais. L'humeur est stable, quoique s'extériorise de temps à autre un fond hypomaniaque.

• *Janvier 1956 :*

Apparaît brutalement une phase d'agitation de type maniaque : exaltation affective, motrice et intellectuelle : insomnie, logorrhée, graphorrhée, hypersensibilité. « Tout s'éclaire pour elle, elle a l'impression d'être au tournant de sa vie. »

On tente une cure de sommeil collective qu'elle refuse. Elle s'agite de plus en plus et... c'est la rechute, à l'origine du *troisième internement*.

• *Février 1956 :*

P... présente un état d'excitation aiguë. Elle refuse les aliments, hurle qu'on veut l'empoisonner, crie, se tape la tête contre les murs, crache partout, frappe son entourage, brise tout ce qui est à sa portée. Ces symptômes traduisent un état d'exaltation psycho-affective de type maniaque. Tout le mois de février n'est fait que d'états d'agitation agressive avec nudité et gâtisme.

On entreprend une cure de largactil (400 mg). L'amélioration se dessine aussitôt et porte sur la sociabilité et la cohérence des propos.

• *Avril 1956 :*

La diminution du largactil entraîne une rechute croissante qui conduit à une nouvelle cure de Sakel (31 comas, 9 cardiazols sous coma). Après une phase confuso-anxieuse, nouvelle amélioration... transitoire.

• *Juillet 1956 :*

C'est encore une rechute avec régression : coprophagie, impulsivité ; sur le fond maniaque, se dessine une profonde émotivité et une vive anxiété. Elle prend ses traitements comme un soulagement à ses angoisses, mais aussi comme une punition à ses débordements sexuels.

• *Août 1956 :*

On tente une « narco-hibernothérapie ». À cette époque, P... vit le monde chaotique de son délire avec une anxiété intense. Elle voit son père se consumer à 200.000 degrés, appelle au secours, croit qu'elle va se transformer en radiateur. Des thèmes érotiques avec fausses reconnaissances apparaissent. P... exprime des préoccupations métaphysiques : « Qu'est-ce que j'étais au moment de la Création ? Un rat ou une chouette ? » Elle rumine en outre des craintes mystiques où se mêlent les notions de bouddhisme et de catholicisme.

L'amélioration se dessine après seize séances, mais la rechute survient dix jours après, conduisant à l'essai d'une seconde cure de narco-hibernothérapie. Les résultats sont plus rapides et meilleurs, le délire disparaît complètement, la malade sort en congé.

Ce congé est un échec : anxiété nocturne, ambivalence, perplexité...

• *Octobre 1956 :*

Nouvelle rechute, nouvelle cure de largactil qui l'améliore. Dès qu'on cesse les neuroleptiques, la rechute s'amorce.

« La nuit, c'est délirant ... C'est un rêve vécu et plus qu'un rêve, c'est un cauchemar, presque une réalité. »

• *Décembre 1956 :*

Après une longue séance psychothérapique, le Docteur H. Ey note un contact direct, un entretien bien structuré et adapté. Voici, au point de vue du vécu, ce qui se dégage :

« Je suis désespérée, je veux rentrer dans ma famille. J'ai des cauchemars réels la nuit et c'est terrible ! Mon histoire est celle d'une déception affreuse, un rêve sentimental, c'est une sorte de roman. Ma maladie a quelque chose d'artificiel. »

Du point de vue de l'observateur, cohérence de l'attitude et de la conception de la maladie, intense vie intérieure.

Pessimisme existentiel qui exige la maladie comme « solution ».

« Nous sommes à un point crucial en ce qui concerne l'organisation autistique, toujours problématique ici, mais pourtant non encore accomplie », écrit H. Ey.

Le largactil longtemps poursuivi amène une amélioration progressive donnant lieu à un état semi-dépressif mais cohérent.

• *Février 1957 :*

Nouveau congé dans sa famille, qui est un succès. A son retour, on note seulement un virage de l'humeur : la teinte dépressive a fait place à une tonalité plus gaie : humeur plaisante, jeux de mots et calembours.

• *Juillet 1957 :*

Cette rémission est stable et entraîne la sortie en juillet 1957.

Jusqu'en avril 1958, P... travaille à mi-temps. Son comportement familial est normal. Un jour, elle reçoit la visite d'un ami hindou qui lui fait la cour. Elle en est bouleversée. Elle devient sombre, hurle, se cogne la tête contre les murs, gifle les siens. Elle est à nouveau agitée et impulsive et présente à nouveau des expériences délirantes et hallucinatoires avec troubles de la conscience.

• *Avril 1958 (quatrième hospitalisation) :*

Le tableau à l'entrée est un curieux mélange d'état crépusculaire, de symptômes maniaques (logorrhée, causticité, rires explosifs, fuite des idées) et d'incohérence idéo-verbale avec discordance. Il va durer un mois, sans changement.

• *Mai 1958 :*

C'est un état maniaque presque pur :

— P... : « Vous me pardonnez Docteur ? »

— ... : « De quoi ? »

— P... : « De savoir mieux l'anglais que vous ! »

— P... : « Vous n'êtes pas marrant, il faut que je m'en débarrasse ! »

— ... : « De quoi ? »

— P... : « De vous ! »

Nombreux sous-entendus. Conversation tour à tour ludique ou discordante.

Après une nouvelle cure de Sakel avec cardiazol, l'année 1958 se termine sans changement.

• *Janvier 1959 :*

P... présente encore de gros troubles de la pensée, véritable obnubilation de la conscience avec désorientation. Le contact affectif est bloqué et lointain... Les rechutes et les rémissions se succèdent à un rythme accéléré. On essaye tous les traitements successivement. Lorsqu'elle va mieux, elle tape à la machine « ses sensations » et nous remet un papier imprimé :

— Sensations éprouvées par la malade au sortir de la maladie : reprise de contact avec la réalité réalisée de façon assez brutale ; identification des malades, des infirmières et des médecins, des Sœurs avec des personnes déjà connues et bien analysées. Bon rendement au point de vue travail.

• *Mars 1959 :*

Un matin, au réveil, P... se sent à nouveau normale. Elle a peine à croire qu'une année s'est écoulée. Elle a l'impression d'une scène qui s'est déroulée plus vite que les autres fois. « Un simple entr'acte pendant lequel elle croyait que son père était martyrisé comme un valet dans une farce de Molière. » La compréhension est rapide. Les calculs sont résolus vite et bien. La critique est immédiate, les tests sont très bons. Un mois après, elle rechute... Ces rechutes semblent maintenant calquer leur rythme sur la périodicité menstruelle. P... dispose d'une gamme séméiologique riche d'un moment à l'autre : la plus exquise politesse succède aux injures. La seule possibilité d'existence se fait sur le mode de l'excentricité.

• *Août 1959 :*

Nouvelle rémission qui dure un mois, suivie de rechute où alternent une fois de plus les phases d'autisme avec stéréotypies, automatisme, maniérisme, un net syndrome d'influence avec des épisodes d'agitation agressive et furieuse et tentatives de suicide. Nouveau congé suivi de rechute, guérie de façon spectaculaire par l'halopéridol.

Puis nouvelle rechute.

• *Novembre 1961 :*

« Analyse de ma maladie » :

« Je n'en puis comparer le lointain souvenir qu'à ces brouillards légers que l'aurore dissipe et qu'avec la rosée on voit s'évanouir ... Quand je suis malade, j'ai une immense crainte de tout. Je me sens isolée. J'ai des pensées confuses et je suis mélomane. J'ai peur d'être enfermée. Quand je suis mal, le temps me paraît interminable. La nuit surtout me paraît très longue, peuplée de cauchemars qui disparaissent mal dans de brusques réveils. J'ai tendance à confondre mon rêve avec la réalité. Maintenant, je me sens bien. N'en parlons plus. J'aime que derrière moi on efface. »

• *Décembre 1961 :*

Rechute.

« Je ne veux pas manger, car je mange la vie. Ma pensée passe vite et part brusquement. J'ai peur qu'on m'occipute ... Je veux un trousseau de clefs pour me défendre. »

« Fous-moi la paix ! — Vous n'êtes qu'une limace. Vous exploitez mon corps ... Sortez sans me regarder .. Vous me faites mal à l'ongle ... Je voudrais qu'on ait le droit de tuer ... Je suis le centre du monde ... Je suis la force uni-

verselle ... On fait des choses dégoûtantes sur moi, mes deux mains sont des femmes ... On me télécommande ... Cette sale mère exploite mon nerf ... C'est mon frère qui est dans ma langue ... J'ai les Rois Mages dans ma tête. »

• *Année 1962 :*

Le caractère change d'heure en heure. « Rechute expérimentale » dès qu'elle est en face de son père. Les rémissions ne durent pas plus d'un mois.

• *AOÛT 1962 :*

Le Docteur EY note : « Etat de stupeur. Barrages. Monotonie d'expression verbale. Lointaine indifférence et sourires discordants. »

L'instabilité est perpétuelle. Les tracés électro-encéphalographiques sont toujours perturbés, désorganisés, dysrythmiques, sans activité paroxystique.

P... est encore hospitalisée dans nos Services et présente toujours le même tableau oscillant.

Ce cas nous conduit directement au cœur du problème.

Dès la première hospitalisation, le tableau clinique fait pressentir la crainte d'une évolution vers une *psychose chronique à forme schizophrénique*... Crainte, mais non certitude.

Tout au long de cette longue observation, le diagnostic va rester prudent : « *possibilité* » de schizophrénie. En effet, le syndrome typique de dissociation, l'organisation autistique à expressions riches et nuancées sont en faveur de ce diagnostic. Mais à ces symptômes de la série schizophrénique se mêlent des expériences délirantes et hallucinatoires de dépersonnalisation et d'intrusion, des hallucinations acoustico-verbales, une vie chaotique et angoissée, traduisant une déstructuration de la conscience en faveur d'une *psychose délirante aiguë*.

On est en présence de véritables *oscillations* entre le monde autistique et le monde des phantasmes hallucinatoires et délirants. Ces oscillations ont une grande amplitude à l'intérieur même de l'état de psychose délirante aiguë, tantôt au niveau supérieur maniaco-dépressif, tantôt au niveau inférieur confuso-onirique.

Nulle part mieux que dans ce cas, nous retrouvons au complet les critères de H. EY en faveur des psychoses délirantes aiguës.

— La décharge brutale du début, le polymorphisme des thèmes délirants, les extraordinaires variations du tableau clinique d'heure en heure. Notons aussi la recrudescence des troubles dans la phase parahypnique : chaque soir, encore actuellement, P... revit ses cau-

chemars hypnagogiques avec angoisse. Nous retrouvons le caractère d'actualité immédiatement perçue du vécu délirant, les oscillations de la croyance et de la perplexité critique à l'égard des troubles, l'atmosphère crépusculaire de la conscience (flou de la pensée), enfin le substratum d'angoisse du vécu délirant.

C'est ainsi que lors de son second séjour (1954), avant que P... passe aide-soignante, on pouvait lire le certificat suivant (Docteur H. FAURE) : « P... a présenté un syndrome de discordance qui s'est avéré transitoire, la cure de Sakel ayant provoqué une disparition quasi complète des symptômes considérés trop hâtivement comme relevant d'une psychose schizophrénique. Il s'agissait en fait d'une bouffée polymorphe, au cours de laquelle ont prédominé les éléments confusionnels et oniriques et qui, une fois disparue, a laissé reparaître une personnalité non pas autistique, mais rêveuse et imaginative, susceptible d'exaltation idéo-affective. »

Après une longue période de rémission, la rechute amène un autre tableau clinique, celui d'une *bouffée confuso-onirique de type maniaque*. Durant de longs mois, l'état de P... est en perpétuel remaniement. L'équilibre que l'on croit retrouvé s'effondre en un instant et les rechutes se succèdent. Les crises tantôt de type maniaque, tantôt confusionnelles ont le même substratum mélancolique persistant. Les rémissions surviennent de façon inattendue... et l'on entre d'emblée dans le problème des « *schizophrénies périodiques* ».

Jusqu'à présent, l'état est inchangé. Les rémissions semblent suivre une pente progressive avec reconstruction de la conscience à des paliers successifs correspondant aux différents « niveaux de conscience ». Il est à remarquer, en effet, qu'à chaque fois que P... émerge de son état délirant sur la voie de la guérison, atteignant un certain palier, un certain niveau de conscience, elle tente de se suicider.

Il nous semble qu'actuellement, après cette longue évolution, on note chez P... la tendance au monomorphisme des thèmes, avec un certain détachement à l'égard de ses expériences délirantes. Elle semble entrer dans un monde autistique d'où émerge épisodiquement une personnalité amoindrie, d'apparence normale.

A l'égard de cette malade, une seule question se pose :

Dans quelle proportion schizophrénie, dans quelle proportion psychose délirante aiguë ? Elle se situe entre ces deux états dans un véritable « *no man's land* ». Elle n'est ni schizophrène pure, ni bouffée délirante pure. Et pourtant elle est les deux.

C'est pourquoi nous concluons avec le Docteur H. Ey qu'il s'agit d'une psychose schizophrénique à évolution *rémittente*.

OBSERVATION N° 5

Thérèse B... est née en 1930. Elle est asthéo-longiligne. Ses antécédents tant personnels que familiaux méritent une étude détaillée. Les parents de T... étaient cultivateurs. Le père est décédé d'une perforation d'ulcus gastrique à l'âge de trente et un ans et la mère s'est remariée. Du premier mariage sont nées trois filles dont la malade est la seconde.

T... fit ses études jusqu'au certificat d'études qu'elle obtint. Nous ignorons les activités et les événements qui marquèrent son adolescence. Il semble qu'elle soit restée dans la ferme de ses parents. Nous savons cependant qu'à l'âge de trois ans, elle se blessa à l'œil gauche avec un couteau et qu'elle en demeura toujours affectée. A l'âge de treize ans, elle cumulait une rougeole, une varicelle, les oreillons, ainsi qu'un rhumatisme articulaire aigu compliqué de péricardite.

Depuis l'âge de vingt-quatre ans, T... présente des colères, des impatiences, une vive irritabilité, manifestations caractérielles mises sur le compte d'une hyperthyroïdie, confirmée par une augmentation du métabolisme de base et traitée par la diodo-tyrosine.

Du côté familial, on trouve une sœur ayant des antécédents de « dépression ». La mère est une asthmatique, anxieuse névropathe. Du côté maternel encore, se manifeste un terrain dysendocrinien : notion de goitre familial, de myxœdème chez la grand-mère maternelle et d'hyperthyroïdie chez les deux sœurs de la malade.

Le mari de T... mérite notre intérêt. T... s'est mariée à l'âge de vingt-cinq ans..., « sans trop réfléchir », avec un homme d'un an plus âgé qu'elle. Cet homme, végétarien, peut-être « témoin de Jehovah », est un débile vaniteux, paranoïaque légèrement interprétant, méfiant et jaloux.

Nous avons su qu'au début du mariage, il avait enfermé durant un mois sa femme au grenier afin d'éviter qu'elle ne parle à qui que ce soit en dehors de sa présence. Cet homme se livre en outre à des pratiques sexuelles anormales (coïts anaux, au sujet desquels la malade dit s'être débattue pendant de nombreuses nuits). Il refuse les rapports normaux parce qu'il ne désire pas d'autre enfant (ils ont déjà une fillette de deux ans). L'étude du milieu familial révèle une tension intense. La mésentente la plus vive règne entre le gendre et les beaux-parents, comme entre T... et ses beaux-parents. Il en résulte des échanges fréquents d'insultes et de reproches acerbes qui conduisent à un *conflit familial aigu*, quasi passionnel. T... a vingt-neuf ans lorsque les troubles mentaux débutent par un état dépressif d'apparition brutale qui survient huit mois après la naissance de sa fille (qu'elle a allaitée pendant six mois).

Plusieurs séjours, tantôt chez sa mère, tantôt chez sa sœur, précèdent son entrée dans une maison de santé de la région parisienne où elle séjourne trois mois pour un syndrome « dépressif atypique ». On note des symptômes de la série mélancolique, des idées systématisées de persécution (crainte d'empoisonnement), ainsi qu'une note d'hypochondrie centrée sur l'appareil digestif. T... demeure souvent prostrée en prière.

• *En août 1960 :*

Quatre mois après son retour chez elle, T... quitte le domicile conjugal avec sa fille et se réfugie chez sa sœur. L'intervention d'un huissier l'oblige à revenir chez son mari. Le couple déménage peu après. Dès lors, T... néglige son ménage, elle s'allonge très souvent. Sans raison, elle manifeste des colères clastiques. Pourtant, à en croire son mari, l'entente conjugale est sereine et sans nuage.

• *Janvier 1961 :*

C'est en janvier 1961 que nous la voyons pour la première fois. Elle a trente et un ans. On est frappé d'emblée par son aspect figé, son visage est immobile, peu expressif, ses gestes sont lents. Elle s'exprime à voix basse et ne répond qu'après un temps de latence. Elle porte des lunettes sombres à la suite de sa blessure oculaire et l'œil est le siège d'un début de cataracte. La malade nous dit que depuis son retour avec son mari, elle ressent un malaise général, a l'impression qu'on se moque d'elle et se sent sous l'emprise d'une force extérieure. Elle est la proie d'hallucinations pluri-sensorielles, olfactives et auditives notamment : « C'est une p... C'est une sale femme. »

Episodiquement, elle ressent des impressions de transformation corporelle : « Je suis comme une autre femme, je me fais peur. Je prie très souvent pour me défendre. » Par contre, T... est très réticente dès qu'on aborde le problème des conflits familiaux.

L'examen physique révèle : un léger goitre, une hypotension, un souffle systolique de base sans traduction électrique à l'E.C.G. ; une digestion lente, des règles régulières. Le tracé d'E.E.G. est très plat et dysrythmique, mais sans éléments paroxystiques.

Les tests psychologiques, à cette époque, dénotent essentiellement une lenteur extrême avec quelques barrages, un fond d'opposition et de réticences permanentes, une mauvaise appréhension des données concrètes. L'étude du Q.I. révèle une intelligence moyenne. Les tests projectifs relèvent une indifférence émotionnelle, une incapacité de réagir aux incitations du milieu. Les réponses semblent marquer une culpabilité sexuelle et sont très vagues.

On commence alors une cure de Sakel durant laquelle la malade se présente avec des bizarreries, des rires ou des pleurs immotivés, des phases d'agitation psycho-motrice... Mais au réveil du neuvième coma, T... est guérie. Elle a parfaitement conscience des conflits familiaux antérieurs. Elle critique avec objectivité son état pathologique. La *guérison est réellement spectaculaire !* On relaye la cure de Sakel par le largactil, et T... retourne chez elle, malgré une nette réticence du mari qui manifeste toujours une tension agressive à l'égard de la belle-famille et qui craint pour son épouse l'emprise de sa mère.

La rémission se maintient quelques mois.

• *En juin 1961 :*

Elle présente à nouveau quelques troubles du comportement. Elle arrange ses meubles de façon bizarre ; se plaint des voisins qui médisent d'elle et l'accusent de paresse.

• *En juillet 1961 :*

A la veille de son départ en vacances, sa fille avale par mégarde quelques comprimés de digitaline. La malade en est bouleversée et manifeste son émotion par un accès d'agitation qui dure quelques jours, mais cède spontanément.

• *En novembre 1961 :*

Une « grippe » confine T... au lit et sa mère venue pour la soigner contracte à son tour une pneumonie, ce qui affecte intensément T... Les jours suivants, T... néglige son ménage et n'a goût à rien. Son attitude est tantôt celle d'une exaltée avec des rires immotivés, tantôt celle d'une coupable avec des idées d'indignité. Les troubles présentent une recrudescence lors des périodes menstruelles.

• *Novembre 1961 :*

T... réintègre nos Services. Elle est déprimée, s'exprime à voix basse et apporte un certain retard à ses réponses. Elle se sent incapable de s'adapter à la vie familiale et surtout conjugale : « Mon mari me persécute ... Je ne puis vivre ainsi ... Mon mari est un anormal, il faut en terminer. » Les hallucinations auditives notées au cours du précédent séjour ont disparu, remplacées par une impression d'écho de la pensée. On ne note pas de sourires immotivés ni de discordance nette. Mais la malade est « ailleurs ».

On tente une nouvelle cure de Sakel, et durant la cure, T... demeure déprimée, inhibée, mutique, réticente et inactive.

Après le dix-septième coma, une amélioration se dessine.

Elle aborde la question des relations sexuelles conjugales, exprimant une vive culpabilité (elle se reproche d'avoir refusé les rapports depuis trois ans), mais ses propos restent évasifs et flous et le syndrome d'influence persiste :

« C'est une force d'en haut qui lui dicte ses pensées ; on lui veut du bien. Des voix lui ont révélé que sa fille devait entrer en religion... »

On arrête la cure de Sakel (23 comas plus 3 électrochocs sous coma). L'amélioration ne dure pas. T... oscille entre un état d'agitation anxieuse et hallucinatoire (tape dans les murs en hurlant : « On m'a pris mon enfant, je vais être brûlée à Alençon, Dieu me l'a dit ») et un état catatonique. Elle tente de fuir à plusieurs reprises. Elle présente une *sensibilité extrême aux neuroleptiques*. Les traitements tentés par la suite entraînent de vives réactions neuro-végétatives avec tachycardie à 140, oscillations thermiques ondulantes avec sueurs profuses, splénomégalie, amaigrissement obligeant à interrompre le traitement. Aucune étiologie, notamment tuberculeuse, n'est retrouvée au cours des investigations bio-cliniques spécialisées. A part une anémie légère, tous les examens sont normaux. L'état général demeure médiocre durant deux mois et l'état mental est inchangé.

Trente-six heures après l'institution d'un traitement par les corticoïdes, T... entre dans une phase pseudo-maniaque : insomnie, conversations et éclats de rire nocturnes ; elle nous tutoie. Son langage est caustique, érotique et familier, entrecoupé de fou-rires et d'exclamations baroques : « Va chercher Tonton ». Mais

derrière cette fausse gaieté, la passivité, l'inertie psycho-motrice et les stéréotypes demeurent. T... devient gâteuse. Il faut l'alimenter, la conduire aux toilettes, l'habiller.

On la conduit deux fois par semaine à la danse rythmique. Elle danse, paraît heureuse et rit. A son retour dans le Service, elle est de nouveau complètement catatonique.

Un matin, elle jette son alliance en déclarant : « Je n'ai plus ni mari ni enfant ». Elle a pourtant conservé sa bague de jeune fille. « C'est maman qui me l'enlèvera. » A d'autres moments, elle soliloque et tient des conversations où elle fait les demandes et les réponses ; thèmes : injures à une femme, scènes de disputes sexuelles (libération du contenu complexe ?). Cet état fait de catatonie passive clownesque, avec phases d'excitation joviale discordante, persiste encore actuellement (1963).

Les tracés E.E.G. demeurent plats et pauvres. Tous les traitements s'avèrent inefficaces jusqu'à ce jour.

L'étude des antécédents et surtout du milieu familial nous paraît ici avoir une valeur incontestable comme facteurs favorables à l'éclosion des troubles. Il semble certain que derrière la réticence de la malade se cache un complexe sexuel grave.

Si T... manifeste une certaine irritabilité depuis l'âge de vingt-quatre ans, sur un terrain dysendocrinien, cet état semble se décompenser à l'occasion du mariage et des conflits multiples qui en résultent.

L'âge du début réel de la maladie mentale est *tardif* et ce début s'est fait de façon *progressive*. La première expérience délirante et hallucinatoire a paru guérir de façon spectaculaire. T... a retrouvé une personnalité intacte. Elle a parfaitement critiqué son délire et pris conscience de ses conflits familiaux. On aurait pu conclure alors à une simple déstructuration de la conscience et apposer l'étiquette de *psychose délirante aiguë*. Pourtant cette guérison aussi rapide qu'inattendue, étant donné la symptomatologie assez schizophrénique, n'a laissé qu'inquiétude sur le plan pronostique.

En effet, l'évolution a prouvé qu'il s'agissait d'un *mode de début aigu de la schizophrénie*. Et le diagnostic porté au cours de ce second séjour est celui de « *schizophrénie grave* ». T... est tout fait détachée de la réalité. Elle n'exprime aucune angoisse, aucune lutte pour retrouver son unité. Nous sommes en présence d'une personnalité désorganisée, dissociée et autistique.

Nous nous posons ici une seule question : n'aurait-on pas évité une rechute aussi rapide et grave en prolongeant le premier séjour hospitalier de T... ? On aurait ainsi soustrait la malade du milieu pathogène.

Une psychothérapie intensive lui aurait peut-être permis, au stade de la guérison clinique, d'élucider ses conflits. C'est en ce sens que l'on peut se demander si l'on n'a pas « manqué le virage », si l'on n'a pas omis d'agir au moment du passage des troubles de la conscience à ceux de la personnalité.

Il n'est pas certain que la décompensation soit irréversible. Même en cas de rémission durable, le problème nous paraît insoluble, du fait de la situation conjugale et sociale pathogène de la malade, pour laquelle l'action médicale reste inefficace.

EN CONCLUSION

Nos différents cas cliniques implicent la réalité de l'existence des psychoses délirantes aiguës en tant qu'unité nosographique.

Le diagnostic sera porté principalement en fonction des dix critères de notre Maître H. EY. Mais une longue expérience psychiatrique s'avère nécessaire pour éliminer d'autres entités voisines (psychose maniaco-dépressive, épilepsie, névroses, schizophrénie...) qui pourront s'immiscer à certains « moments cliniques » dans le tableau des bouffées délirantes et hallucinatoires aiguës. En outre, nos cinq observations (le cas n° 4 surtout) sont particulièrement démonstratives ; elles mettent en évidence la nécessité pratique, pour une bonne orientation diagnostique, d'une nosographie rigoureusement établie qui se trouve pourtant constamment infirmée par la clinique quotidienne du fait de la réalité mouvante et oscillante des états-frontières.

La clinique nous semble incapable à elle seule de saisir le moment précis du passage entre troubles de la conscience et troubles de la personnalité. *L'évolution* est le critère-maître pour trancher les cas litigieux, ce qui nous laisse sur notre faim...

Enfin, devant chaque cas, nous nous poserons la question suivante : « Jusqu'où psychose délirante aiguë... Jusqu'où schizophrénie... » ; c'est-à-dire : où finit la conscience, où commence la personnalité ?

RECHERCHES PSYCHO-PATHOLOGIQUES SUR DES BASES PSYCHO-BIOLOGIQUES

(Hypothèses et études de H. LABORIT et R. COIRAULT)

P L A N

- I — NOTIONS PRÉLIMINAIRES
 - *Complexification*
 - *Autorégulation et autonomie cellulaire*
 - *Prise de conscience*

- II — AGRESSION ET RÉACTION. EQUIVALENTS PSYCHIQUES DU MÉTABOLISME ET DES ÉCHANGES CELLULAIRES
 - *Interprétation des épisodes psycho-pathologiques*
 - *Tétrade fondamentale* (R. COIRAULT)
 - *Trois aspects thérapeutiques : métabolique, de choc, chimiothérapique*
 - *Le but de la thérapeutique*

- III — BOUFFÉES DÉLIRANTES ET HALLUCINAIRES AIGUES
 - *Définition*
 - *Clinique*
 - *Etude biologique*
 - *Excitabilité neuro-musculaire*

- IV — SCHIZOPHRÉNIE
 - *Clinique*
 - *Etude ionique*
 - *Etude bioélectrique : excitabilité neuro-musculaire*

Essai de compréhension et d'interprétation des syndromes psychiatriques
(psychose délirante aiguë et schizophrénie sur des bases psycho-biologiques)

I. — NOTIONS PRÉLIMINAIRES

Nous nous inspirons entièrement des théories de H. LABORIT et R. COIRAULT dans l'essai d'interprétation de nos observations cliniques. Ce préambule a pour but de définir différents termes utilisés par ces auteurs, dans les exposés de leurs conceptions psycho-biologiques appliquées au domaine de la psychiatrie.

LA COMPLEXIFICATION

La notion d'évolution, permettant de suivre la lente transformation des êtres vivants unicellulaires en êtres pluricellulaires, dont l'Homme représente l'aboutissant le plus organisé, ne peut se concevoir qu'à partir de la notion de « complexification ».

Au désordre atomique initial de la matière, succède l'organisation, l'orientation de la matière.

On pourrait dire aussi que l'agencement de l'atome en molécules équivalait au passage du désordre à l'ordre.

AUTOREGULATION ET AUTONOMIE CELLULAIRES

Il s'agit d'un système qui permet la recherche d'un *équilibre* entre la « tendance au nivellement » (au désordre) et la tendance à la complexification.

A l'étage cellulaire, cette autorégulation a pour charnière la membrane cellulaire.

Celle-ci constitue le seul moyen d'échange entre le milieu intérieur vivant, complexifié, et le milieu extérieur moins complexe.

La membrane cellulaire, nous le savons, est polarisée du fait d'une répartition inégale d'ions, de part et d'autre de cette membrane. Les ions K^+ s'accumulent à l'intérieur de la cellule, les ions Na^+ à l'extérieur.

Du fait de la tendance au nivellement, les ions K^+ tendent à sortir de la cellule, les ions Na^+ à rentrer, pour égaliser les concentrations.

L'accumulation d'ions K^+ à l'intérieur de la cellule et le rejet des ions Na^+ maintient la différence de concentration ionique, grâce aux *processus d'oxydo-réduction* (pompe à sodium et à potassium d'Hodgkin).

« La polarisation de la membrane règle sa perméabilité », donc l'intensité des échanges métaboliques entre milieux intra et extra-cellulaire.

Si l'énergie extérieure dépolarise la membrane, sa perméabilité augmente, les échanges métaboliques aussi : la conséquence en est la rentrée des ions K^+ et le rejet des ions Na^+ . La repolarisation membranaire qui en résulte diminue les échanges, donc la polarisation et ainsi de suite...

D'où cette notion de *système auto-régulé* où « l'intensité du métabolisme règle la polarisation membranaire ».

Cet équilibre entre la tendance au nivellement (hasard) et la tendance à la complexification, c'est aussi l'équilibre entre *indéterminisme* et *déterminisme*.

De cet équilibre, « la cellule tire un certain degré, très faible, de liberté », d'où la notion d'*autonomie cellulaire*.

LA PRISE DE CONSCIENCE

La multitude des neurones et la complexité extrême de leur agencement anatomique et fonctionnel laisse présager un rapport certain entre la structure architectonique cérébrale et le psychisme humain.

Si le cerveau humain est avant tout le siège « d'actes réflexes automatiques et inconscients » qui résultent de l'arrangement neurone-synapse-neurone, le réflexe conditionné ne s'explique pas si aisément.

Nous sommes conduit, comme le dit H. LABORIT, à admettre qu'une excitation quelconque serait capable de laisser une « *trace* » dans l'arrangement des circuits neuroniques.

Le dérangement moléculaire qui résulte de la répétition d'une excitation, prépare un « chemin » qui facilite les réponses ultérieures.

H. LABORIT explique le système d'autorégulation cellulaire aux neurones, puis à l'organisme humain entier. Puisque l'homme représente le Phylum terminal, il possède, par rapport aux autres êtres, un nombre supérieur de neurones.

Par le fait même de l'hérédité phylogénétique et ontogénique, toutes les relations entre l'homme et le milieu extérieur n'occupent qu'un petit nombre de neurones. Ce petit nombre de neurones constitue le « *Moi* » *déterminé*, permanent, conditionné par les expé-

riences passées. Il reste alors à l'être humain un grand nombre de cellules nerveuses non utilisées. Celles-ci vont lui permettre de s'adapter à une situation nouvelle.

Ainsi, grâce aux expériences acquises et par la mise en jeu de circuits non utilisés, il va élaborer une conduite adéquate, intelligente et « librement » choisie.

Ce sont ces *circuits* « *indéterminés* » qui conditionnent l'intelligence, la fantaisie et les possibilités créatrices et imaginatives de l'activité psychique humaine.

La *conscience réfléchie*, pour H. LABORIT, consiste en un *équilibre* entre circuits « déterminés », donc au service des relations de l'Homme avec le monde extérieur, et circuits « indéterminés » qui servent de support à la pensée.

« A l'échelle de complexification du cerveau humain, la conscience naît de l'autorégulation entre la tendance au déterminisme du conditionnement réflexe, indispensable à la notion du Moi et du temps, puisque seul élément laissant une trace persistante dans la matière vivante et l'indéterminisme, l'inconditionnement, le désordre, le hasard des voies associatives, que son plus grand cerveau permet de conserver vierges de toutes traces mémorables. » (H. LABORIT.)

II. — AGRESSION ET RÉACTION PSYCHIQUE ÉQUIVALENTS PSYCHIQUES DU MÉTABOLISME ET DES ÉCHANGES CELLULAIRES

« Toute chute dans le niveau de conscience correspondra à une perturbation de l'autorégulation à son échelle de complexification. » (H. LABORIT.)

Nous considérerons

« les épisodes psycho-pathologiques comme autant de phénomènes critiques de décompensation en rapport avec des troubles de l'adaptation. Car la pathologie mentale est l'expression de réponses post-agressives à des stress multiples internes ou externes s'annonçant par une *tétrade fondamentale* :

- perte de conscience claire ;
- anxiété ;
- insomnie ;
- fatigue.

« Ces phases critiques prennent parfois une expression franche de *décompensation métabolique* et la participation endocrinienne y est souvent importante. Le plus souvent, il s'agit au contraire d'expressions exclusivement psychiques, soit à type d'excitation, soit à type d'inhibition, soit enfin à type de dislocation schizophrénique avant d'aboutir à la démence. » (R. COIRAULT.)

Nous aborderons la thérapeutique sous *trois aspects* :

- thérapeutique métabolique ;
- thérapeutique de choc ;
- chimiothérapie.

Comme le souligne R. COIRAULT, ces thérapeutiques doivent être appliquées avec discernement. En effet, « l'étude biologique des maladies mentales nous montre qu'un *même syndrome clinique peut avoir deux traductions biologiques opposées*, conduisant à des thérapeutiques différentes ».

L'activité normale, aussi bien cellulaire que psychique, correspond à « un état oscillant d'intensité moyenne ». Le but de la thérapeutique est de *rétablir ce rythme oscillant*, soit en diminuant les oscillations excessives, soit en rétablissant « un rythme oscillant perdu ».

A cette fin, une seule condition, souligne R. COIRAULT :

« Leur utilisation au bon moment et selon des principes bien délimités. »

III. — BOUFFÉES DÉLIRANTES ET HALLUCINATOIRES AIGUES

DEFINITION

Pour R. COIRAULT, il s'agit d'une « réponse décompensée au syndrome, perte de conscience claire, anxiété, insomnie, fatigue », réponse anormale à une agression, faite d'une « suite d'événements traumatisants dont la sommation des effets retentit sur l'état somatique et les grands équilibres biologiques »... à l'origine de troubles profonds du métabolisme cellulaire.

CLINIQUE

Si le début est brutal, ça n'est qu'en apparence. L'observation prouve en effet que l'explosion des troubles ne s'effectue qu'après un certain *temps de latence* (« période de rumination morbide »), qui

correspond sur le plan biologique à une *surpolarisation* neuronique croissante (excès de K intra-cellulaire), « qui cherche une solution de dépolarisation ». Cette dépolarisation se traduira par des *décharges* qui, selon leur intensité, se manifesteront cliniquement soit par des « crises » hallucinatoires et délirantes, des accès confuso-oniriques, des tentatives de suicide, soit par des phases d'agitation psychomotrice, soit enfin par des crises convulsives.

La thérapeutique vise alors à produire une *dépolarisation brutale* (sismothérapie par exemple) destinée à rétablir un rythme oscillant normal, qui est *perdu* dans la psychose délirante aiguë.

Cette perte du rythme oscillant évolue selon *deux phases* :

- PREMIÈRE PHASE :

La *surpolarisation stable* où l'intensité de l'expérience délirante polarise entièrement l'activité psychique, en rapport avec un emmagasinement d'énergie cellulaire, sans possibilité d'utilisation (stade d'hyperexcitabilité neuro-musculaire).

- DEUXIÈME PHASE :

La *dépolarisation* qui se manifeste par de brusques décharges se traduisant cliniquement par de courts accès excito-moteurs, des libérations d'impulsivité. Ces décharges de dépolarisation sont insuffisantes pour rétablir le rythme oscillant normal et sont responsables de l'aspect confusionnel du tableau délirant et de la longue durée d'évolution.

La phase d'épuisement neuronique succède à la phase de lutte et conduit à l'épuisement général.

Ce stade tardif répond à une *perte complète du rythme oscillant sur des neurones en état de dépolarisation*. Les ressources énergétiques de l'organisme fléchissent et c'est la « capitulation ». D'où la nécessité d'un traitement repolarisant. Malgré ce changement radical des phases biologiques, le tableau clinique demeure le même.

Ainsi, un même tableau clinique peut correspondre à deux étapes biologiques différentes, conduisant à deux attitudes thérapeutiques opposées.

ETUDE BIOLOGIQUE

« Ces états aigus ou subaigus qui placent l'être dans une lutte désespérée pour la recherche de son identité, de sa ligne mélodique, de son équilibre neuronique depuis longtemps perdu, ne peuvent pas ne pas avoir un *substratum biologique*. »

Ce n'est malheureusement pas sur une base biologique, fondée sur la recherche de troubles du métabolisme cellulaire, que nous appuierons l'essai d'interprétation de nos observations cliniques. Nous n'en avons hélas pas la possibilité, et ce n'est qu'à travers les signes séméiologiques que nous essayerons de distinguer les différentes étapes biologiques que traversent nos malades.

EXCITABILITE NEURO-MUSCULAIRE

- L'intérêt de ces travaux bioélectriques est indéniable.
- Nous regrettons de ne pas pouvoir les appliquer dans nos observations cliniques, faute de matériel et d'expérience personnelle.

« Les variations de l'excitabilité neuro-musculaire suivent les modifications ioniques. »

R. COIRAULT distingue *deux types de réponse* :

- hyperpolarisation avec hyperexcitabilité neuro-musculaire, correspondant à l'augmentation des rapports K_i/K_e (potassium intra-cellulaire sur potassium extra-cellulaire) et K/Na ;
- dépolarisation avec hypoexcitabilité neuro-musculaire : baisse des rapports K_i/K_e et K/Na ; rétention sodée croissante ; épuisement métabolique.

Nous ne pouvons entrer dans le détail de cette étude ; cependant disons que les résultats consignés sur graphiques révèlent la possibilité de suivre les effets thérapeutiques sur l'évolution de la maladie, la guérison étant annoncée par des variations d'excitabilité d'allure oscillante.

En conclusion, les psychoses délirantes aiguës sont l'expression d'une lutte à la recherche du rétablissement du rythme oscillant normal.

IV. — SCHIZOPHRÉNIE

Pour H. LABORIT, la schizophrénie correspond à la prédominance des circuits indéterminés (imaginaire, hasard) sur les circuits déterminés (Moi permanent).

De cette perte d'équilibre résulte la baisse du niveau de conscience et la rupture du contact vital harmonieux avec la réalité (monde extérieur).

Ainsi le schizophrène ne peut réagir efficacement aux événements extérieurs, d'où son isolement, son indifférence et son inertie.

CLINIQUE

Les épisodes aigus correspondent à des tentatives d'adaptation oscillante avec le milieu extérieur. Tentatives vaines car, faites de *réactions* désordonnées, incoordonnées et retardées.

Dans la schizophrénie, il y a une *perte du rythme oscillant* : « l'organisme ne peut répondre à une agression extérieure qui n'est plus enregistrée par le malade. Il ne répond qu'aux sollicitations anarchiques du monde schizophrénique, il perd son rythme oscillant normal ».

Sur le plan des *modifications ioniques*, R. COIRAULT note qu'en l'absence de thérapeutique, il n'a retrouvé *aucune variation ionique* dans les états schizophréniques confirmés.

Sur le plan *bioélectrique* : pour cet auteur, l'excitabilité prend la valeur d'un test « d'exploration de l'adaptation au milieu »... non pas tant l'E.E.G. isolé ou pratiqué avec l'électromyogramme, que la recherche de *l'excitabilité neuro-musculaire globale* :

Un *même* tableau clinique traduisant un état schizophrénique peut se traduire par *deux types* de réponses :

- hyperexcitabilité neuro-musculaire répondant à la phase de surpolarisation stable, de surtension neuronique (anxiété profonde, hallucinations, délire). Phase de lutte ;
- hypoexcitabilité neuro-musculaire qui correspond non pas à la dépolarisation, mais à une réduction métabolique par surpolarisation membranaire. Phase de capitulation.

1) *Au début* de la maladie, R. COIRAULT signale les étapes suivantes qui découlent les unes des autres : augmentation des échanges métaboliques, augmentation de la résistance membranaire (K/Na^+), surtension, surpolarisation croissante par accumulation d'énergie non utilisée (état d'alerte permanent).

Absence de décharge dépolarisante de sauvetage, à part les possibles libérations dans une réaction agressive ou un système délirant (analogie avec l'épilepsie).

Si ces conditions pathologiques *se prolongent*, c'est le passage à un état morbide permanent.

2) *Au stade avancé* de la maladie :

Normo ou hypoexcitabilité neuro-musculaire répondant au *ralentissement* de la vie cellulaire et à une stabilité du potentiel de repos membranaire.

3) *Au stade ultime :*

Dépolarisation permanente ; baisse du rapport K/Na.

Les études similaires de l'excitabilité neuro-musculaire chez les schizophrènes (JOYEUX, BARROIS) semblent démontrer « qu'aucun malade n'a une courbe neuro-musculaire normale ».

— *En conclusion*, la schizophrénie représente pour COIRAULT

« une atteinte globale psycho-somato-biologique dont le trait dominant est la perte de tout système oscillant et le refuge dans un monde pathologique sans règles ni lois ».

Les causes en sont certainement multiples, mais il paraît nécessaire d'admettre pour l'éclosion de la maladie : une structure neuro-nique particulière, une dysharmonie absolue ou relative du milieu ambiant, ainsi que des événements extérieurs ou internes plus ou moins intensément vécus et d'une durée ou d'une fréquence plus ou moins grandes.

Au terme de ce survol rapide, mais nécessaire des hypothèses et travaux de H. LABORIT et R. COIRAULT, nous allons essayer de montrer comment, en utilisant l'enseignement clinique de base de notre Maître H. EY, nous pouvons, à travers l'analyse séméiologique et structurale de chaque cas, distinguer et comprendre les différentes étapes biologiques et adapter alors la thérapeutique.

Essais d'interprétation et de compréhension de nos observations cliniques
sur des bases psycho-neuro-biologiques

OBSERVATION N° 1

Dès la lecture des premières lignes de l'observation, nous pouvons dire que, constitutionnellement, D... nous paraît imaginative et intuitive. Les événements hallucinatoires de son enfance (la vue des serpents à l'âge de sept ans et cette impression d'emprise mystique à l'âge de dix-sept ans) confirment ce point de vue.

Pour elle, l'événement majeur, c'est la guerre.

D... est Israélite. La guerre lui retire une partie de sa famille, la bouleverse, affecte sa sensibilité et interrompt le cours de ses études.

Sa conversion répond à un besoin de rechercher Dieu et représente une voie d'échappement transitoire à ses problèmes religieux. Avec cette conversion naît une certaine culpabilité semi-consciente du fait de la sourde opposition paternelle et de la tension qui en découle. Son entrée au couvent représente pour D... un moyen apparent de solution de ses conflits intérieurs. En effet, chez D..., la condition de religieuse représente probablement dans son subconscient un état factice qui ne se fait pas sans une répression de certaines tendances originelles.

La lutte intérieure qui résulte de ces conflits latents va conduire à un état de surtension psychique correspondant, sur le plan neuro-nique, à une *surpolarisation* avec hyperexcitabilité croissante. Sur le plan métabolique, c'est une accumulation croissante d'énergie ; sur le plan ionique, une accumulation de la charge potassique cellulaire, entraînant une élévation du rapport K/Na.

Le syndrome « perte de conscience claire, anxiété, insomnie, fatigue » représente l'expression psychique de ces perturbations neuro-niques, métaboliques et ioniques.

Cette surpolarisation cherche « sa solution », nous l'avons vu, dans les tentatives de *dépolarisation* qui alternent avec des phases de repolarisation. Cette alternance pourrait expliquer chez D... les oscillations du tableau clinique au début, ainsi que les fugues. Il est probable que le biotype asthéo-longiligne de D... soit responsable de l'absence de crises excito-motrices, celles-ci survenant plus volontiers chez les pycniques.

Notons encore que pour nous, la mydriase, la moiteur des mains observées chez D... nous révèlent une influence *sympathique* prédominante. D... vit toujours dans ce milieu (devenu pathogène) qui alimente ses conflits intérieurs. La *surpolarisation persiste* et les décharges dépolarisantes sont insuffisantes.

Du fait d'une fragilité du contenant neuronique, d'un trouble métabolique général, de la succession d'événements traumatisants responsable de la « *sommat*ion situationnelle », le tableau s'aggrave.

Lors de son hospitalisation, on note la baisse du niveau de conscience, due à cette surpolarisation grave, dont le reflet psychique est l'activité délirante.

On pratique des *séances de sismothérapie*.

Pour H. LABORIT et COIRAULT, cette thérapeutique oscillante à court terme réalise un réentraînement métabolique, une dépolarisation brutale qui entraîne une suite de *réactions oscillantes* parfaitement contrôlables sur les plans biologiques et électriques (dosage urinaire des électrolytes et courbes d'excitabilité neuro-musculaire).

Quelques conditions sont à préciser : les réserves énergétiques doivent être suffisantes. Dans le cas contraire, l'apport préalable de *glucose*, sels de K et Mg + A.T.P. est à conseiller.

Le régime désodé au début est indiqué jusqu'au milieu du traitement.

Cette thérapeutique entraîne chez D... une amélioration clinique, mais sur le plan biologique, le retour au rythme oscillant normal n'a pas eu lieu. Les fluctuations ainsi que les symptômes anxiété-asthénie sont toujours présents : la *surpolarisation persiste*.

On utilise alors l'insuline à petites doses qui *apporte de l'énergie* et repolarise la cellule.

Ce traitement aggrave le tableau clinique, ce qui laisse à penser que l'état de surtension psychique persiste.

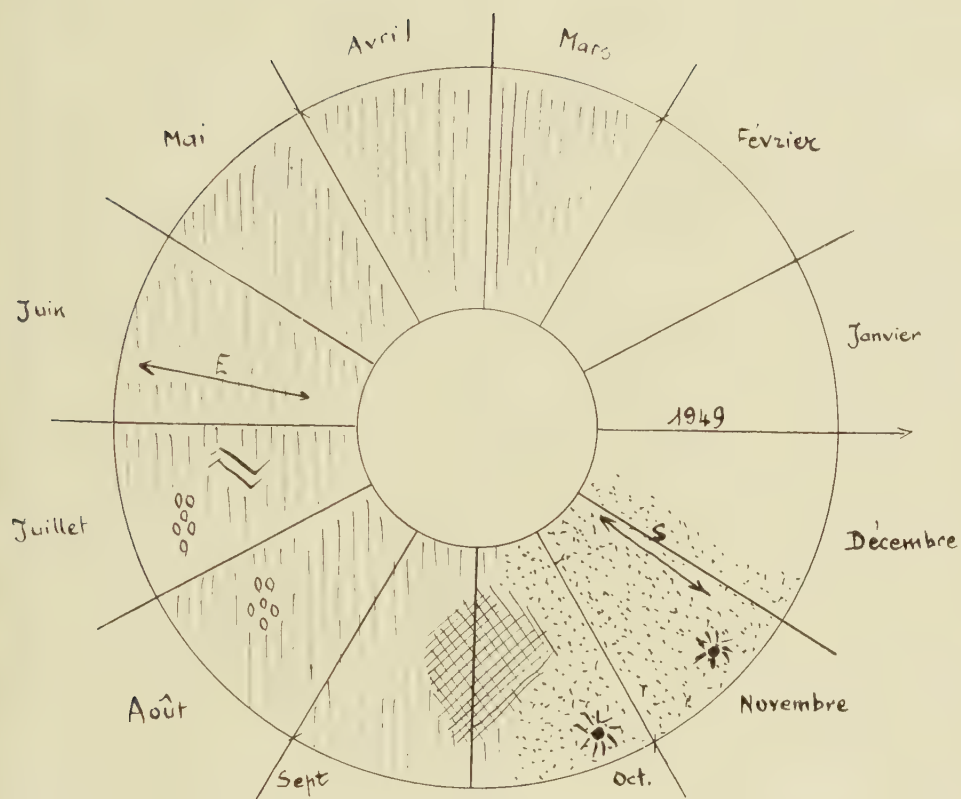
C'est pourquoi la cure de Sakel, enfin instituée, a trouvé là sa meilleure indication.

Elle réalise, en effet, un réentraînement métabolique et neuronique *brutal* et crée un nouveau rythme oscillant.

Si le précoma entraîne une surpolarisation cellulaire transitoire, le coma déclenche des phénomènes de *dépolarisation* dont l'intensité est variable.

La cure de Sakel recrée enfin un rythme oscillant normal et, pour D..., c'est la guérison.

Nous supposons que la sismothérapie n'a pas donné l'effet escompté, car la dépolarisation s'est effectuée au niveau d'un orga-



- OBSERVATION I -



Aggravation



Amélioration



Entrée



Sortie



Psychothérapie



Sismothérapie



Petites doses d'Insuline



Cure de Sakel

nisme fatigué par la longue évolution, aux réserves énergétiques peut-être amoindries, ce qui n'a pas permis une reprise efficace du rythme oscillant normal.

En conclusion, D... a pris conscience de ses expériences délirantes et la psychose délirante aiguë a eu sur ses problèmes un effet cathartique.

- La guérison a été, nous semble-t-il, réalisée par une triple alliance :
- thérapeutique efficace : cure de Sakel (n'oublions pas qu'en 1949 le Largactil n'a pas encore été introduit en psychiatrie) ;
 - soustraction du milieu pathogène ;
 - équilibre sur le plan social réalisé par le mariage et la création d'une famille ;
 - composition du roman qui constitue probablement une issue à ses tendances névrotiques.

OBSERVATION N° 2

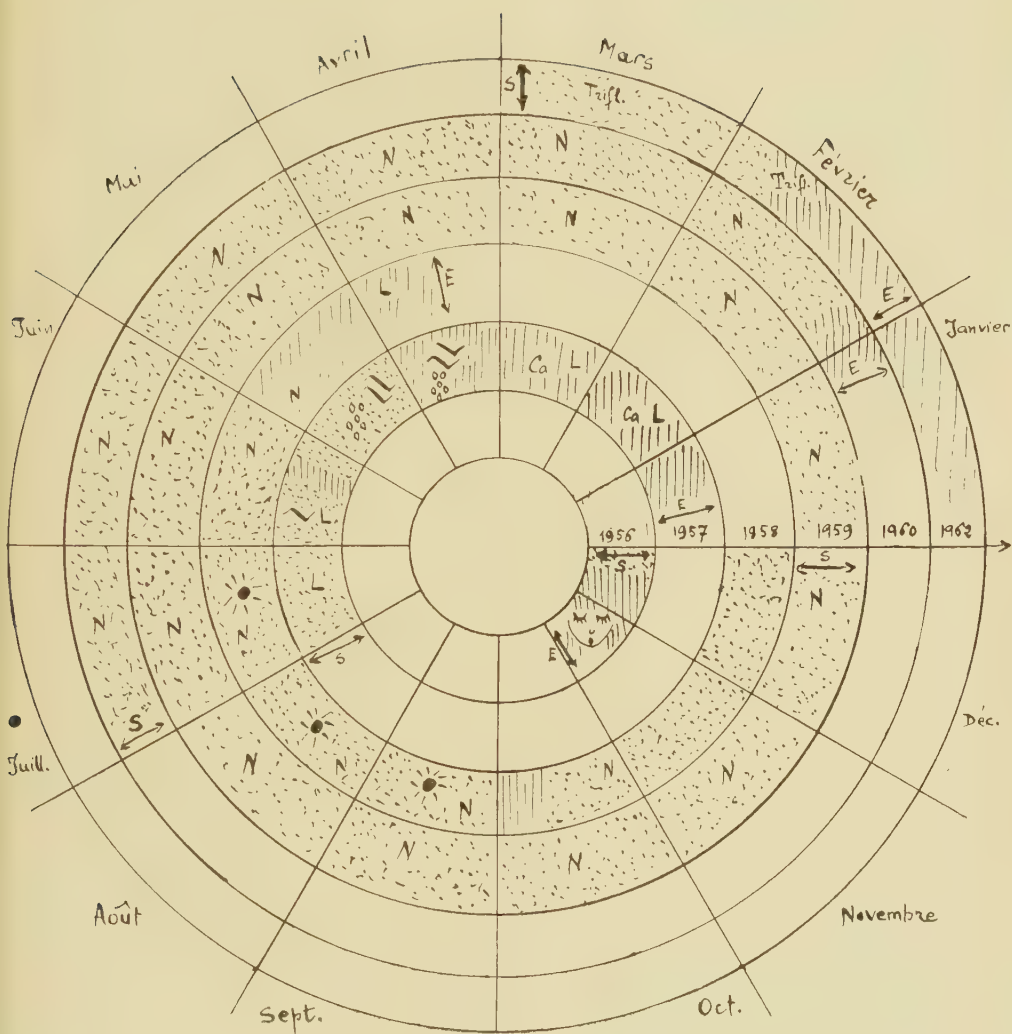
Chez Mlle P..., le départ du fiancé semble constituer l'élément traumatisant. Au cours des années qui vont suivre, la survenue de « dépressions atypiques », la modification du caractère à type d'irritabilité et d'agressivité, les troubles de l'instinct alimentaire (boulimie) nous paraissent refléter une mise en « état d'alerte » des neurones, avec *surpolarisation*.

D'autres facteurs traumatisants vont alimenter cette tension psychique : la vaccination et les conflits avec les parents... ou avec la directrice. Nous n'avons malheureusement aucun indice de mésentente entre Mlle P... et ses parents, et nous ne pouvons dire si la mauvaise influence du milieu familial a été la cause ou la conséquence des troubles ?

Toujours est-il que pour Mlle P... qui est de type *pycnique*, la lutte contre la surpolarisation se manifeste sous forme de brusques décharges dépolarisantes, qui prennent l'aspect d'impulsions motrices agressives (gifles) et de crises excito-motrices *violentes*.

Ce sont ces décharges d'essais de dépolarisation qui expliqueraient alors les phénomènes qualifiés tour à tour d'hystériques, de névropathiques, voire d'épileptiques, observés lors des multiples séjours.

On fait une cure de sommeil (neuroleptiques, barbituriques). Celle-ci a permis tout d'abord de supprimer la surpolarisation due



- OBSERVATION II -



Aggravation



Amélioration



Cure de sommeil



Sismothérapie

Ca

Calcium
ionisations



« Petite Insuline »



Psychothérapie

Trif.

Trifluopérazine

N

Nozinan

à l'environnement pathogène (milieu familial, hospitalisation), de freiner l'apport d'énergie et d'empêcher son accumulation croissante. La cure repolarise la cellule et la membrane, empêchant les brusques décharges dépolarisantes, mais se trouve être à l'origine d'une recrudescence de l'activité délirante, au début de la cure. La guérison est clinique, mais non biologique, car le rythme oscillant normal n'est pas retrouvé.

Toutes les rechutes vont, jusqu'à la cinquième hospitalisation, résulter du retour dans le milieu pathogène et de la succession des phases — surpolarisation — essais de décharges dépolarisantes — hospitalisation.

Toute la riche symptomatologie observée chez Mlle P..., à son retour en janvier 1957, prend pour nous la valeur de troubles de la conscience et non pas de troubles de la personnalité.

Les brusques accès excito-moteurs, nous l'avons dit, sont en rapport avec la constitution pycnique. A aucun moment, pour nous, il ne s'agit de crises comitiales.

• *Avril :*

On institue la *sismothérapie* et l'*insuline* à petites doses. Nous avons vu les effets oscillants à court terme de la première thérapeutique.

L'*insuline*, elle, provoque des oscillations également, mais en outre, apporte de l'énergie et repolarise.

Ceci explique que cette association thérapeutique ait été bénéfique. Mais on arrête le traitement, la reprise du rythme oscillant ne persiste pas et la rechute survient (juin 1957).

• *Juillet 1957 :*

On institue une association de *sismothérapie* et de *chlorpromazine* que l'on poursuit après l'arrêt des électrochocs.

La *sismothérapie* recrée un rythme oscillant normal.

Le *largactil* est sympatholytique et a une action repolarisante progressive. Il augmente la charge cellulaire en K^+ et le rapport K^+Na^+ . Il diminue les échanges métaboliques, freine les échanges ioniques, conduisant à un état de ralentissement psychique, réduisant le rythme oscillant. Mais seule, la chlorpromazine ne crée pas de rythme oscillant. Enfin, elle diminue la surtension psychique (due, nous semble-t-il, au fait que Mlle P... n'accepte pas son hospitalisation).

Cette thérapeutique efficace amène la guérison, puis la *sortie* (juillet 1957).

- *Début 1958 :*

Rechute progressive..., Mlle P... au début a pris son traitement, mais a retrouvé le milieu familial. Après une longue attente, elle a fini par trouver un emploi qui ne lui apporte pas entière satisfaction : l'insatisfaction morale, sociale, ce travail qui n'entraîne pas son enthousiasme, son isolement dans une ville inconnue, peu à peu induisent une *surpolarisation* et la rechute.

- *Avril 1958 :*

Troisième hospitalisation.

- *Mai, juin, juillet 1958 :*

L'association de lévomépromazine (Nozinan) et de séances psychothérapiques amènent une amélioration *stable*.

Mlle P... objective ses problèmes. La lévopromazine diminue ses impulsions excito-motrices ; elle possède les mêmes propriétés biologiques ou électriques que la chlorpromazine, seule son action anxiolytique est plus importante. Mais elle non plus *ne crée pas de rythme oscillant normal*.

Mlle P... fait un long séjour hospitalier. Elle enseigne, son activité est normale. On poursuit la psychothérapie. La surpolarisation neuronique a disparu, remplacée par une phase de ralentissement psychique que l'on peut attribuer à la longue institution des neuroleptiques jusqu'à sa sortie (décembre 1959).

- *Février 1960 :*

Quatrième hospitalisation.

Le séjour en milieu familial, dans l'oisiveté, est un échec. Mlle P... est *triste* et *asthénique* et cet état contraste avec son tempérament habituel. Nous pensons qu'il est dû à cette « *hibernation* » progressive dans laquelle les neuroleptiques la confinent.

Mlle P... est calme, son activité est para-normale, elle est bien réadaptée à la réalité grâce à la psychothérapie, *mais* il n'y a pas de reprise du rythme oscillant normal, même lors de sa sortie en juillet 1960.

- *Février 1962 :*

La nouvelle rechute qui motive cette cinquième hospitalisation peut avoir plusieurs causes. L'insatisfaction, la rétrogression sur le plan social, le travail fatigant sur un terrain fragile, créent une nouvelle phase de surpolarisation.

Signalons cependant que grâce à l'action freinatrice des neuroleptiques, Mlle P..., cette fois-ci, n'a pas présenté de crises excitomotrices ; par contre, son expérience délirante et oniroïde s'est enrichie. La rechute est moins grave que lors des premiers tableaux et laisse prévoir une rééquilibration facile. En effet, grâce à la trifluopérazine (qui est probablement une substance à action thérapeutique oscillante), la guérison est obtenue au bout de quinze jours de traitement.

Mlle P... a retrouvé son rythme oscillant ; son dynamisme a réapparu sur les plans physique, moral et intellectuel.

Le problème actuel est centré sur l'obésité post-thérapeutique, due à la longue institution des neuroleptiques.

Pour l'avenir, une autre question se pose : faut-il poursuivre indéfiniment la trifluopérazine ou bien la prescrire par courtes cures ?

Nous pensons que devant une rechute éventuelle, il faudrait prescrire les neuroleptiques pour diminuer la surtension psychique, et aussitôt après reprendre la trifluopérazine ou autre thérapeutique équivalente pour relancer le rythme oscillant.

OBSERVATION N° 3

On peut considérer comme indices précurseurs des troubles chez Michèle, la baisse du rendement intellectuel, puis l'aventure sexuelle « trop vite » interrompue par ses parents.

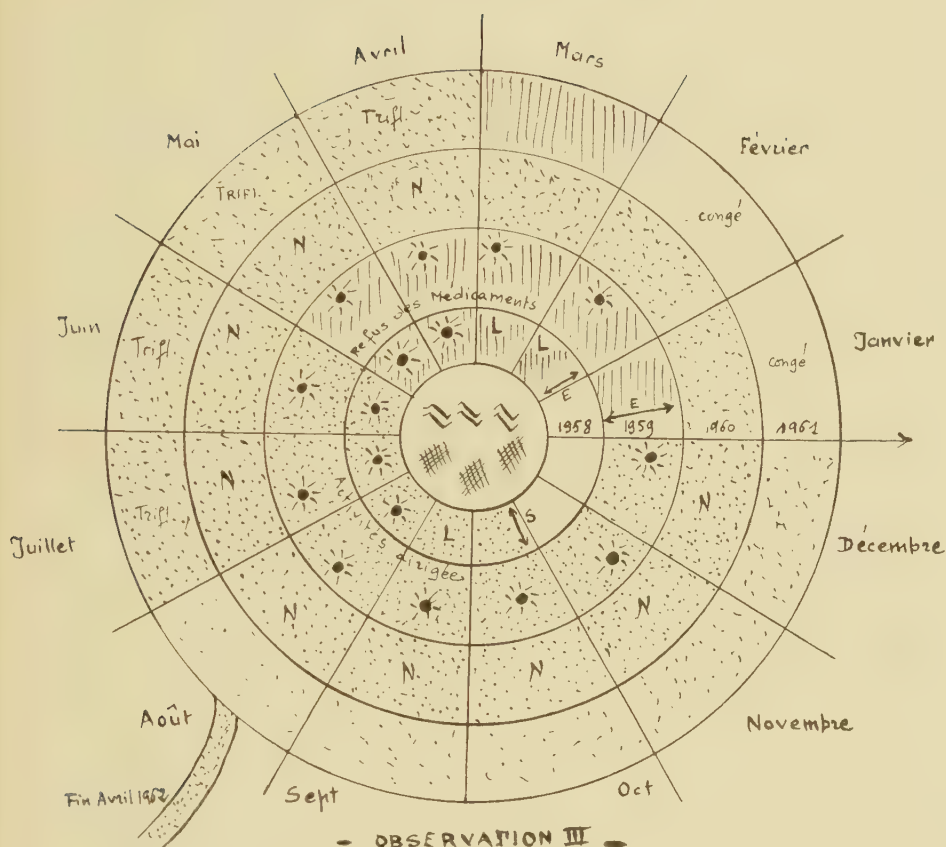
Le caractère de Michèle est nettement *schizoïde* : morosité, manque de gaieté, d'expansivité et surtout froideur et indifférence à l'égard de la mère, la préférence allant au père.

Trois accès délirants et hallucinatoires aigus semblent marquer nettement l'entrée dans la maladie. Nous n'avons pas suffisamment de détails quant aux symptômes cliniques et aux résultats des thérapeutiques instituées pour pouvoir faire, même rétrospectivement, un diagnostic valable des épisodes biologiques que Michèle a pu traverser.

Cependant, au début de l'année 1958, les troubles caractériels à type d'irritabilité, de violences, de réactions élastiques, les fuques, les fausses reconnaissances et la tension familiale croissante laissent pressentir que Michèle se trouve en phase de *surpolarisation*.

• Février 1958 :

On institue la chlorpromazine à petites doses qui n'est suivie d'aucune amélioration en ce qui concerne l'activité délirante.



Terflazine (Trifluopérazine)
Amélioration stable.

Aggravation

Amélioration

Entrée

Sortie



Psychothérapie



Sismothérapie



Cure de Sakel



Trifluopérazine



Nozinan

Ceci laisse à penser que la charge cellulaire potassique reste encore excessive, et que le rythme oscillant est absent. Pourtant, le largactil diminue la surtension psychique, c'est pourquoi la psychothérapie alors instituée s'avère particulièrement bénéfique.

Lorsque Michèle sort en octobre 1958, elle est stabilisée mais non guérie.

Les troubles reprennent au bout d'un mois, le retour dans le milieu familial entraîne de nouveaux conflits et une nouvelle effervescence délirante.

- *Janvier 1959 :*

Seconde hospitalisation qui se prolonge.

Au cours de ce long séjour, la psychothérapie suivie l'améliore en diminuant sa « surtension » psychique, en l'adaptant constamment à la réalité.

La vie dans le cadre intra-hospitalier a soustrait Michèle au milieu pathogène. Les activités dirigées, les groupes culturels ont permis de lui construire un nouveau cadre social auquel elle s'adapte presque parfaitement.

Le Nozinan, institué à partir d'avril 1960, va amener encore une stabilisation qui permet un congé au début de l'année 1961. Ce congé est un échec et conduit à une rechute, car Michèle n'a pas pris son traitement, et n'était pas aussi « entourée » qu'à l'hôpital.

- *Avril 1961 :*

On institue la trifluopérazine.

L'amélioration quasi spectaculaire conduisant Michèle à une critique soudaine et satisfaisante de son délire, nous confirme dans notre hypothèse, qu'en l'absence de rythme oscillant normal, Michèle était améliorée mais non guérie. La trifluopérazine, comme dans le cas n° 2, semble être la condition *sine qua non* à la création d'un nouveau rythme oscillant.

Ce traitement est poursuivi jusqu'à sa sortie (avril 1962) et la guérison s'est maintenue. Ces longues années ont permis à Michèle de résoudre les différents conflits qui l'opposaient à ses parents. La psychothérapie a créé un nouvel état d'équilibre conforme à la réalité, la conduisant à une appréhension meilleure de l'environnement.

En conclusion, les crises délirantes ont eu pour nous la valeur de déstructuration de la conscience. La teinte schizophrénique des symptômes nous paraît être en relation avec le biotype schizoïde de la malade.

La guérison vraie n'a été obtenue que par la reprise d'un rythme oscillant normal probablement dû à l'action de la trifluopérazine.

OBSERVATION N° 4

L'élément déclenchant nous paraît être, chez P..., les déceptions sentimentales de l'année 1949.

P... est une personne originale, fantaisiste, émotive, plutôt gaie et enthousiaste.

Ces caractéristiques nous permettent de parler de tempérament « cycloïde ».

Les premiers troubles : douleurs cervicales, insomnies, angoisses en août 1949 répondent à la tétrade : perte de conscience claire, anxiété, insomnie, fatigue de R. COIRAULT.

Si, sur le plan clinique, l'état de P... oscille entre le niveau supérieur maniaco-dépressif des troubles de la conscience et le niveau inférieur confuso-onirique, de même, sur le plan biologique, ces oscillations semblent exister. Celles-ci sont l'expression d'une alternance entre phases de surpolarisation (états mélancoliques atypiques) et décharges dépolarisantes. Ces accès de dépolarisation sont ici particulièrement violents ; leur intensité semble être en relation avec le biotype pycnique de P... Ces décharges ont pris, au cours de la longue évolution de la maladie, tous les aspects, depuis les crises excito-motrices impulsives et les fugues, jusqu'aux tentatives d'auto-lyse.

Chez P..., toutes les thérapeutiques ont été tentées (cette résistance aux thérapeutiques ne provient-elle pas d'un phénomène immuno-chimique ?).

L'amélioration se dessine après chaque nouvelle tentative thérapeutique mais ne dure pas. L'équilibre n'est jamais retrouvé ; il demeure *instable*, induisant la notion clinique de rémittence. Si, au début, P... retrouvait, lors des rémissions, une personnalité intacte et une conscience tout à fait claire, actuellement, nous hésitons à affirmer la *restitutio ad integrum*. Les rémissions actuelles (1963) ne dépassent pas trois semaines. P... réclame, à ces moments-là, une activité qu'elle suit durant quelques jours seulement.

Pourtant, elle est capable de tenir parfaitement un rôle dramatique ou comique ; elle ne semble présenter aucune détérioration mentale. Cependant, derrière cette apparente intégrité, se devine une « fêlure ».

A la moindre agression, souvent indécélable par nos investigations, cette structure hypersensible se décompose.



- OBSERVATION IVA -



Malade



Amélioration



Sismothérapie



Cure de Sakel



Cure de sommeil



Largactil



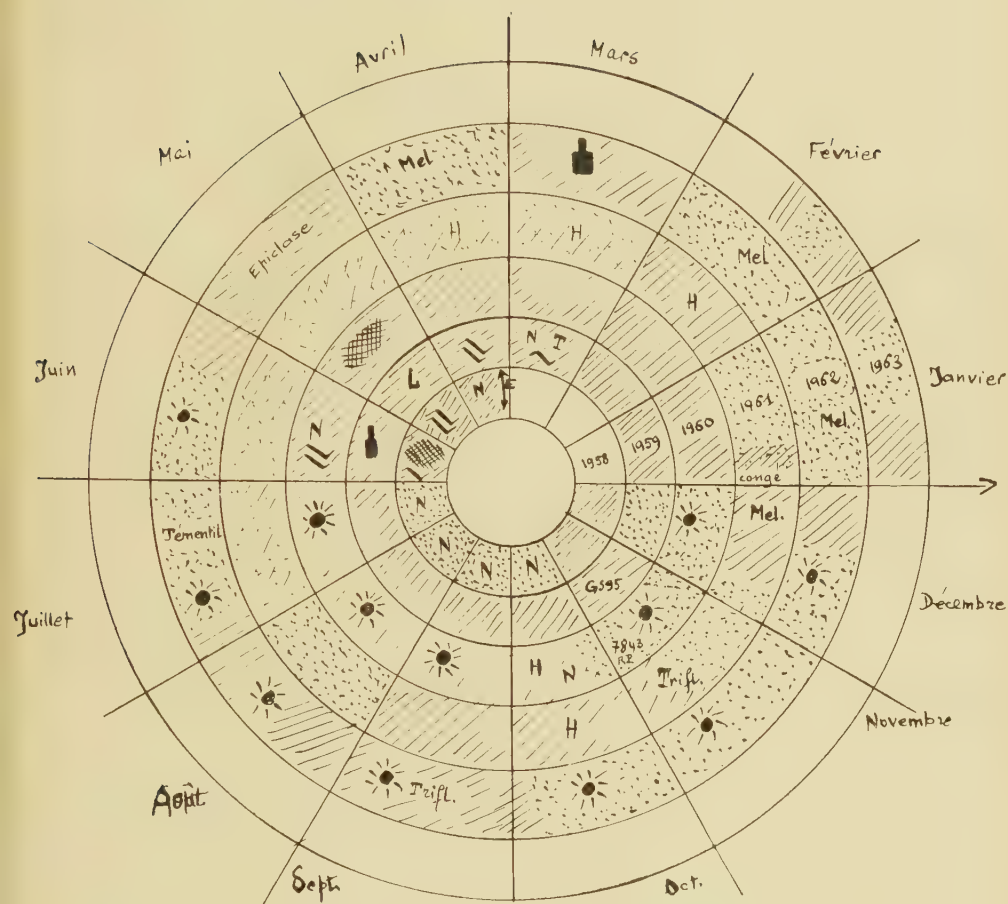
Chocs humides d'Insuline



Entrée



Sortie



- OBSERVATION IV B -

N . Nozinan
T Tofranil
Perfusions de
neuroleptiques
barbituriques

H = Halopéridol
Psychothérapie
Trifl. Trifluopérazine
Mel Melleril

L'organisme semble avoir trouvé un compromis entre l'agression et la réaction : il utilise toujours la même voie de décompensation, parce que c'est la meilleure.

Cette « solution » lui permet de préserver tout ce qui reste encore intact en elle.

Il nous semble que chez P..., ces cauchemars hypnagogiques qui traduisent quotidiennement l'état de dissolution de la conscience, constituent des phases mineures de dépolarisation (Tout changement profond du niveau de conscience — veille, sommeil par exemple, favorise les crises comitiales qui sont l'expression majeure de ces décharges dépolarisantes.)

Par ailleurs, comment peut-on expliquer que cette malade qui frôle constamment la schizophrénie (au sens de KRAEPELIN), n'y soit pas entrée définitivement ?

Peut-être est-on en droit d'invoquer une constitution neuronique plus solide, plus résistante, qui lutte encore actuellement pour retrouver sa « ligne mélodique idéale... » perdue depuis douze ans.

OBSERVATION N° 5

Chez T..., l'élément déclenchant semble émerger de l'environnement pathogène. Le mariage, les conflits conjugaux et familiaux viennent s'imprimer sur une constitution déjà fragilisée par les maladies graves de l'enfance et l'hyperthyroïdie.

Le début des troubles survient deux mois après le sevrage de son enfant. T... a vingt-neuf ans. En fait, on peut noter ici encore la longue période de latence entre le début d'action des facteurs traumatisants et le premier accès.

Avant son premier séjour dans nos Services, l'état de lutte chez T... s'exprime cliniquement par un état dépressif « atypique », et biologiquement par une *surpolarisation*.

Les neuroleptiques alors institués au début du séjour en maison de santé, ne changent rien au tableau clinique ; car s'ils diminuent les échanges cellulaires, ils augmentent la polarisation. Par contre, quelques électrochocs pratiqués par la suite l'améliorent nettement du fait de la dépolarisation qu'ils entraînent.

• Janvier 1961 :

Premier séjour hospitalier. Trente et un ans.

Le tableau clinique est celui d'un état semi-stuporeux avec syndrome d'influence et hallucinations.

Le Nozinan (à la dose de 100 mg) et le Tofranil (un comprimé) sont prescrits pendant quinze jours, sans changement ; sans attendre davantage, on pratique une cure de Sakel dont on sait chez T... le résultat spectaculaire au bout de neuf comas.

Ce résultat, nous l'attribuons à l'effet énergétique et oscillant de l'insuline, dont l'action a été particulièrement bénéfique ici.

On relaye alors la cure de Sakel par la chlorpromazine (200 mg) qui diminue la surtension psychique et repolarise la cellule.

Et c'est la *sortie* (février 1961).

Il est dommage que l'on n'ait pas pu garder plus longtemps cette malade pour la soustraire à un milieu pathogène très nocif.

Si l'hospitalisation s'était prolongée, la psychothérapie aurait trouvé là une indication majeure, afin de permettre à T... de mieux faire face à ses problèmes personnels. Malheureusement, mise dans les conditions initiales de son premier séjour, la rechute est rapide, ce qui était prévisible.

• *Novembre 1961 :*

Deuxième séjour hospitalier.

Les neuroleptiques (Nozinan) n'amenant aucune amélioration d'un tableau clinique qui, cette fois-ci est celui d'une schizophrénie, on instaure une nouvelle cure de Sakel (vingt-trois comas et trois électrochocs).

Si les dix premiers comas conduisent à une amélioration certaine, les derniers comas sont suivis d'agitation anxieuse et surtout d'une crise de tachyarythmie alarmante avec dyspnée obligeant à interrompre toute thérapeutique de choc. (Fin janvier 1962.) L'effet escompté n'a pas été obtenu malgré une amorce d'amélioration au milieu du traitement.

On ne sait à quel facteur imputer cette aggravation notée lors de la seconde moitié de la cure. Nous regrettons de n'avoir pas pu pratiquer des examens bioélectrolytiques et bioélectriques pour expliquer ce résultat inattendu. N'a-t-on pas tout simplement dépassé l'effet voulu ?

Devant cet échec, et devant l'anxiété intense, on met T... au G 35 pendant un mois, sans résultat.

• *Mars-avril-mai 1962 :*

La malade commence à présenter des réactions neuro-végétatives intenses et l'on essaye tour à tour et vainement, Trifluopérazine, Procalmadiol, Chlorpromazine, Melleril, Niamide, Majeptil, à des doses

initiales qui nous semblent trop importantes à un moment où l'intolérance organique est totale.

• *Juin 1962 :*

Devant un tableau infectieux qui dure, et qui se manifeste par une température oscillante, avec sueurs profuses, une splénomégalie, des plaques érythémateuses du visage sans anomalies biologiques apparentes, on institue les corticoïdes. (Suspicion d'une maladie du collagène.)

T..., qui avant ce traitement se présentait dans un état catatonique et mutique, du jour au lendemain, entre brutalement dans une *phase maniaque* : elle est insomniaque, logorrhéique ; elle devient familière et caustique et ne présente plus aucune opposition à l'examen.

Seul l'état général s'améliore.

• *Été et automne de 1962 :*

Malgré une amélioration bien transitoire après quelques séances d'électro-chocs prolongés, et à nouveau une série d'essais thérapeutiques, T... oscille entre la catatonie et les phases de manie « clownesque ».

Le début de l'année 1963 voit une amélioration. Actuellement c'est un état de *manie atypique*, entretenu par le Témentil qui a relayé l'effet de dépolarisation oscillante dû aux corticoïdes. Nous avons pu, en effet, rétablir un contact correct avec la malade. Nous avons pu avoir avec T... un entretien suffisamment adapté et en rapport avec ses conflits. Elle se souvient parfaitement de ses épisodes délirants :

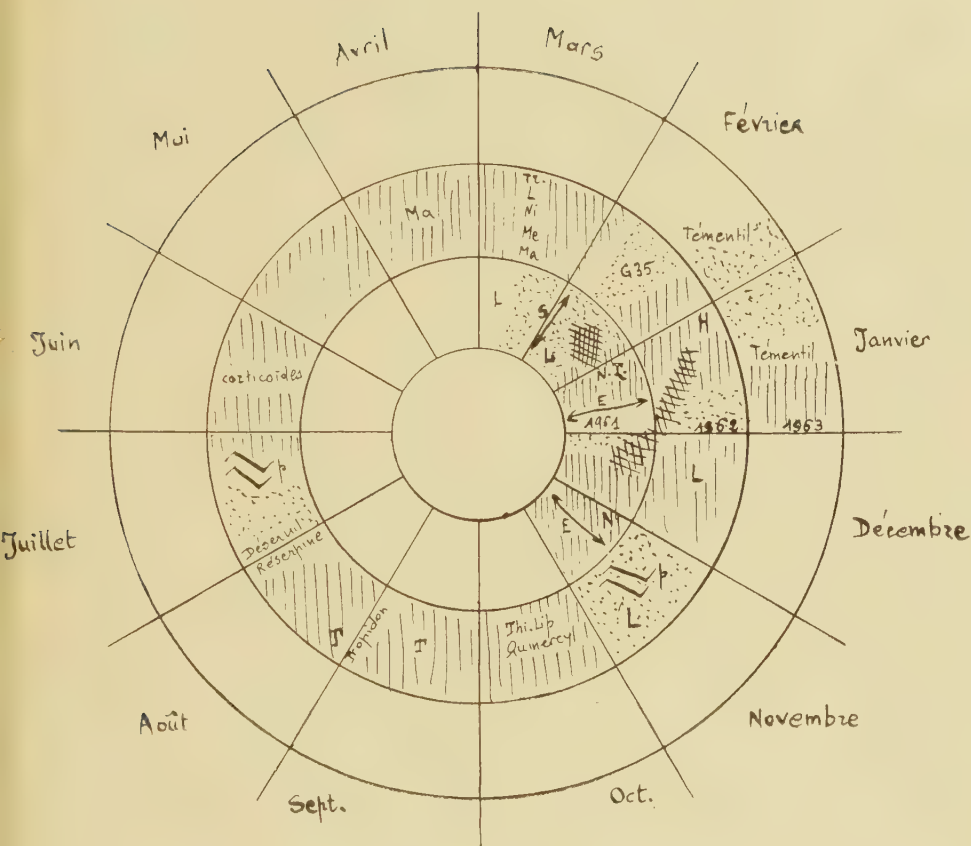
« Mon mari est jaloux, bizarre. Je ne l'aime pas car il n'a pas su me respecter ... je l'ai connu au bal ... quand je " suis " avec lui, je pense au Curé... »

T..., reproche à son mari ses pratiques sexuelles anormales :

« Ça me dégoûte des hommes, ils sont tous comme ça, c'est pour ça que je souffre ... Je ne veux pas retourner chez mon mari ... je suis malade ... j'ai la lèpre ... Je ne peux pas sentir mon mari ... il ne me trompe pas, il en est incapable ... c'est moi qui refuse d'avoir des rapports avec lui... »

Elle nous révèle enfin dans un langage grossier et même érotique, les attitudes « exhibitionnistes » de son mari devant elle.

Nous pensons que c'est là, le moment d'instituer la psychothérapie, tout en supprimant les décharges oscillantes responsables de cet aspect maniaque, par l'Halopéridol, par exemple.



— OBSERVATION V —



Aggravation



Amélioration



Entrée



Sortie

N = Nozinan

T = Tofranil



Cure de Sakel

L = Largactil



Electro-chocs prolongés

H = Halopéridol

Ma = Majeptil

Tr = Trifluopérazine

Ni = Niamide

Me = Melleril

Une fois ces résultats obtenus, le problème de la réinsertion sociale reste primordial. Le « réentraînement social » qui ne peut se faire qu'en la soustrayant aux effets nocifs du mari, n'est malheureusement pas de notre ressort. En conséquence, à nos yeux, le pronostic demeure réservé. Pourtant, malgré le diagnostic de schizophrénie grave porté au début, grâce aux thérapeutiques, on voit se dessiner une amélioration qui laisse espérer une guérison prochaine.

Ainsi, rejoignant BLEULER qui a introduit la notion de curabilité de la Schizophrénie, nous devons adopter à l'égard de cette malade une attitude thérapeutique *active*.

* *

CONCLUSION

Dans ces cinq observations cliniques nous retrouvons des facteurs déclenchants exogènes agressifs qui impriment un aspect réactionnel propre à chaque individu, du fait de sa constitution et de ses antécédents héréditaires et acquis (maladies infectieuses, biotype, dysendocrinies).

La teinte de discordance, d'autisme notée dans l'*observation n° 3*, nous paraît être l'expression d'une destructuration de la conscience sur une personnalité schizoïde. En outre, les personnalités pycniques ont des décharges dépolarisantes violentes, se manifestant par des réactions clastiques, voire des crises épileptiformes. Les types asthénolongilignes au contraire, se décompensent moins brutalement, les décharges sont plus modérées conduisant plutôt à une activité délirante compensatrice.

L'âge du début des troubles a attiré notre attention. Comme notre Maître Henri Ey, nous pensons que les événements délirants et hallucinatoires « catastrophiques » qui surviennent entre seize et vingt-cinq ans, ont un avenir lointain plus favorable que ceux dont l'éclosion se situe vers la trentaine. Chez les jeunes, le système de défense est encore mal organisé. Une agression exogène minime peut déclencher un déséquilibre neuronique dont la conséquence est la psychose. En contre-partie, un organisme jeune aura plus de souplesse pour restructurer, sous l'influence des thérapeutiques, son Moi perturbé. Les « traces » pathogènes seront plus facilement « effacées » d'où un meilleur pronostic. Chez l'adulte dont le système de défense est plus structuré, un déséquilibre n'éclatera que sous l'influence de facteurs agressifs très importants. On se trouvera donc en présence de psy-

choses plus graves. Du fait de cette rigidité du système de défense, l'adaptation à l'environnement est en effet moins souple et les « traces » pathogènes seront plus difficiles à effacer.

Le premier cas nous paraît être une « *maladie de la polarisation* » (hyperpolarisation); en rapport avec une structure névropathique. La suppression de cette surpolarisation suffit à redonner à l'organisme son rythme normal.

Le second et le troisième cas, une « *maladie des oscillations* », malgré la suppression de l'état de surpolarisation, l'organisme ne pourra retrouver ses oscillations normales qu'avec des thérapeutiques oscillantes. Le quatrième, une maladie des oscillations encore, consistant essentiellement en une anomalie de l'*amplitude* de ces oscillations. Pour arriver à trancher sur le plan diagnostique entre schizophrénie et psychose délirante aiguë, l'étude des courbes d'excitabilité neuromusculaire chez cette malade, aurait peut-être un intérêt.

Enfin, le dernier cas se caractérise par l'absence de rythme oscillant.

Si l'étude clinique, phénoménologique, structurale et nosographique demeure la base fondamentale de la psychiatrie, à l'étape thérapeutique la connaissance des *phases biologiques* nous paraît aussi indispensable. En effet, deux états biologiques totalement différents peuvent s'exprimer par un même tableau clinique.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Nous avons eu en vue, tout au long de cette étude, le problème des rapports des psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës avec la schizophrénie.

L'existence des psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës est indéniable en tant qu'entité nosographique.

Les critères de notre Maître H. Ey, nous permettent de distinguer ces psychoses d'un certain nombre d'états voisins : manico-dépressifs, états confuso-oniriques, Epilepsie, Névroses et Schizophrénie. (*Obs. n^{os} 1 et 2.*)

Ces critères au nombre de dix, contiennent toutes les caractéristiques des psychoses délirantes aiguës :

- 1) Soudaineté du début.
- 2) Polymorphisme des thèmes délirants.
- 3) Variations du tableau clinique d'un jour à l'autre.
- 4) Recrudescence des troubles dans la phase parahypnique.
- 5) Continuité des expériences délirantes et hallucinatoires avec le vécu de la nacrese provoquée, condition artificielle qui les accentue.
- 6) Caractère d'actualité immédiatement perceptive et intuitive du vécu délirant.
- 7) Oscillations de la croyance et de la perplexité critique à l'égard du délire.
- 8) Atmosphère de l'état crépusculaire de la conscience.
- 9) Prévalence de l'activité hallucinatoire visuo-spectaculaire ou cénesthésique sur l'activité hallucinatoire idéo-verbale.
- 10) Substratum « thymique » du vécu délirant soit dans le vécu de l'exaltation, soit dans le sens de l'angoisse.

En outre, la pratique clinique quotidienne prouve qu'il existe des états limites entre psychose délirante aiguë et schizophrénie : (*obs. n^o 4*) ainsi que des psychoses délirantes aiguës versant dans la schizo-

phrénie (*obs.* n° 5). Nous admettons avec notre Maître H. EY, que la psychose délirante aiguë représente un état de destruction de la conscience et que la schizophrénie répond à un trouble permanent de la personnalité. Cependant, dans l'*observation* n° 4, s'agit-il d'un trouble de la conscience ou de la personnalité? Le problème est difficile à résoudre, et comme E. BLEULER et E. MINKOWSKI nous pouvons nous référer à la formule suivante: « Jusqu'à quel point psychose délirante aiguë, jusqu'à quel point schizophrénie? »

Un autre problème est à envisager: Y a-t-il possibilité de passage, de transformation d'une psychose en une autre psychose (psychose aiguë en psychose chronique, par exemple), en fonction de l'évolution ou de l'efficacité thérapeutique? Ou bien s'agit-il d'états étanches qui se côtoient sans s'intriquer évoluant pour leur propre compte, indépendamment des traitements institués. En ce qui nous concerne, nous penchons pour la première hypothèse, qui autorise l'intervention efficace du psychiatre à un moment de l'évolution de l'état morbide.

Ce travail comporte un essai d'interprétation des psychoses délirantes aiguës et de la schizophrénie, d'après les théories et travaux psycho-biologiques de H. LABORIT et R. COIRAULT.

Pour ces auteurs, la baisse du niveau de conscience résulte d'un déséquilibre entre circuits déterminés et indéterminés, dû à des agressions externes ou internes. Nous devons d'abord corriger la décompensation biologique pour rétablir un rythme oscillant normal, condition indispensable à une restructuration de la conscience correcte et adaptée. Les moyens thérapeutiques sont métaboliques, de choc et chimiothérapiques. Une fois le rythme oscillant normal réalisé, la *psychothérapie* sera un moyen utile pour recréer de nouveaux circuits et réadapter le sujet à l'environnement ... sans omettre de soustraire l'individu aux conditions pathogènes primitives.

Ainsi, en présence d'une psychose délirante aiguë, nous devons nous efforcer de distinguer à travers les symptômes cliniques, les différentes étapes biologiques afin d'agir avec tous nos moyens thérapeutiques au *bon moment* pour éviter la décompensation vers une psychose chronique.

EN CONCLUSION, il faut allier la psychiatrie clinique à la psychiatrie biologique afin d'aider la nature et non de l'entraver dans la recherche de la guérison qui se définit par la récupération d'un *rythme oscillant normal*.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
MICHAUX

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE *

- BLEULER (E.). — Dementia praecox or the group of schizophrenias. (Tr. J. Zinkin, 1961.)
- BELBEY. — Démence précoce et schizophrénie, leur séparation. (*Ann. Méd. Psych.*, juillet 1949, 107, n° 2.)
- BURSTIN. — La pensée dans les états schizophréniques : le processus. (*Ann. Méd. Psych.*, 1951, 2, p. 129.)
- BARRÈS, EY, LABOUCAIRE. — L'évolution des schizophrénies, les rémissions spontanées et thérapeutiques et les critères évolutifs d'après les données statistiques. (*Evol. Psych.*, 1953, n° 11.)
- BARUK. — Les fausses schizophrénies. (*Evol. Psych.*, janvier-mars 1956.)
— De la démence précoce maladie au processus schizophrénique. (*Ann. Méd. Psych.*, novembre 1957.)
- BOREL (J.). — Précis de diagnostic psychiatrique. (C.G.G., Montpellier, 1958.)
- BECKETT, SENF (Rita), FROHMAN (C.E.), TOURNEY (Garfield), GOTTLIEB (J.S.). — Relations entre les systèmes de transfert d'énergie et les symptômes de schizophrénie. (*Am. J. of Psych.*, mai 1962, vol. 118, n° 11.)
- CLAUDE (H.), BOREL, ROBIN. — Démence précoce, schizomanie, schizophrénie. (*Encéphale*, mars-octobre 1924.)
- CLAUDE (H.), LÉVY-VALENSI (J.). — Psychose périodique et démence précoce. (*Encéphale*, mai 1931, p. 377.)
- COIRAULT (R.). — Aggression et réanimation en neuro-psychiatrie. (Masson, 1960.)
- EY (H.). — La notion de constitution. (*Evol. Psych.*, 1932, II, n° 4.)
— Position actuelle des problèmes de la démence précoce et des états schizophréniques. (*Evol. Psych.*, 1934.)
- EY (H.), BONNAFOUS. — Etude clinique sur la démence précoce. (*Ann. Méd. Psych.*, 1938, 2, p. 151.)

(*) On trouvera une bibliographie très complète dans les « Etudes psychiatriques » de H. EY, et dans les thèses de P. LACASSIN et de E. POYART.

- EY (H.), IGERT (C.) et RAPPART (Ph.). — Psychoses aiguës et évolutions schizophréniques dans un Service de 1930 à 1956. (*Ann. Méd. Psych.*, juillet 1957.)
- EY (H.). — Unité et diversité de la schizophrénie. (Congrès de Zurich, 1957.)
- Problèmes cliniques des schizophrénies. (*Evol. Psych.*, 1958, II.)
 - Le groupe des schizophrénies.
 - Psychoses délirantes aiguës. (*Encycl. Méd. Chir.*, t. I.)
 - Etudes psychiatriques, t. I et II, n^{os} 21, 22, 23.
- EY (H.), BERNARD (P.), BRISSET (Ch.). — Manuel de psychiatrie. (Masson, 1960.)
- FOLLIN (S.). — Epilepsies et psychoses discordantes. (*Thèse*, Paris, 1941.)
- Sur la psycho-pathologie du processus schizophrénique. (*Evol. Psych.*, avril-juin 1958, fasc. II.)
 - La dépersonnalisation. (*Enc. Méd. Chir.* t. I.)
- GUIRAUD (P.). — Psychiatrie clinique. (Librairie Le François, 1956.)
- LABORIT (H.). — A la recherche des bases d'une psycho-biologie. (*Encéphale*, 1957.)
- LABORIT (H.) et MORAND (P.). — Les destins de la vie et de l'Homme. (Masson, 1959.)
- LABOUICARIE et BARRÈS. — Les schizophrénies aiguës. Aspect clinique, évolutif et thérapeutique. (*Rapport au Congrès de Zurich*, 1957.)
- LABOUICARIE (J.). — Les « schizophrénies aiguës ». (*Evol. Psych.*, juillet-septembre 1958, fasc. III.)
- LACASSIN (P.). — Psychoses délirantes aiguës des jeunes et problèmes des schizophrénies aiguës. (*Thèse Méd.*, Toulouse, 1959.)
- MARCHAND (L.) et AJURIAGUERRA (DE). — Epilepsies, leurs formes cliniques et leurs traitements.
- MINKOWSKI (E.). — La schizophrénie. (Desclée de Brouwer, 1953.)
- MINKOWSKI (E.), FUSSEWERK (J.). — Clinique et psychopathologie d'un cas limite. (*Evol. Psych.*, octobre-décembre 1955, fasc. IV.)
- MORSELLI (G.E.). — Ce qui demeure et ce qui est périmé dans la « schizophrénie » de Bleuler. (*Evol. Psych.*, octobre-décembre 1955, fasc. IV.)
- Aspect psychopathologique de la schizophrénie. (*Evol. Psych.*, juillet-septembre 1958.)
- PARKIND et BROWN. — Psychoses schizophréniformes survenant à l'occasion d'un choc émotionnel et se terminant par la guérison. (*Am. J. of Psych.*, 1940, 96, n^o 2.)
- PERRIER (F.). — Fondements théoriques d'une psychothérapie de la schizophrénie. (*Evol. Psych.*, 1958, fasc. II.)

- POYART (E.). — Contribution à l'étude des psychoses délirantes aiguës et subaiguës de l'adulte. (*Thèse de Méd.*, Paris, 1961.)
- ROLIART (J.). — Psychose maniaque dépressive et folies discordantes. (*Thèse Méd.*, 1935.)
- RACAMIER (P.C.). — Connaissance et psychothérapie de la relation schizophrénique. (*Evol. Psych.*, avril-juin 1958, fasc. II.)
- RUMKE (H.C.). — La différence clinique à l'intérieur du groupe des schizophrénies. (*Evol. Psych.*, juillet-septembre 1958, fasc. III.)
- SHENKEN. — Bordelines states. (*J. of Nerv. and Mental Dis.*, May 1956.)
- WYRSCH (J.). — La personne du schizophrène. (P.U.F., 1956.)

121